الإساءة الوالدية

تجاه

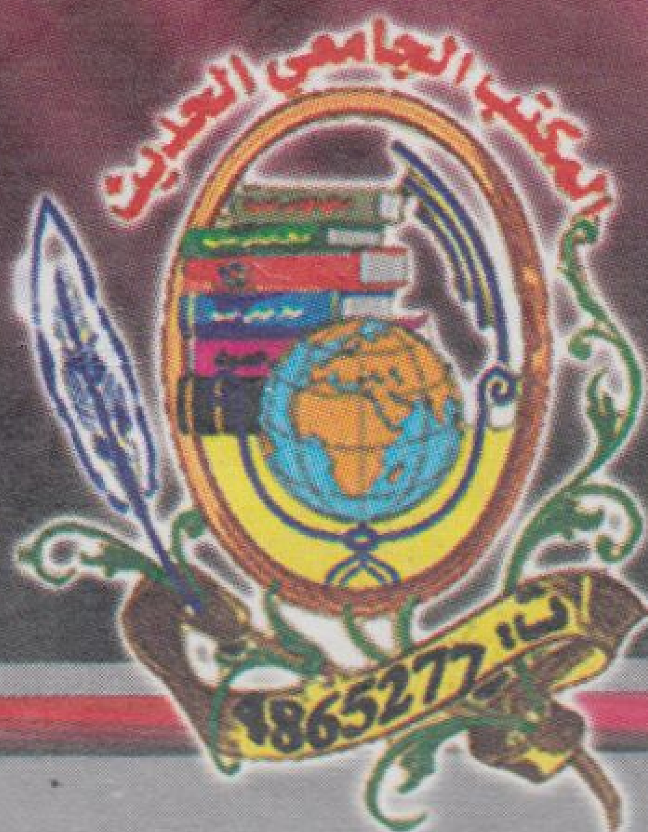
أطفال الأوتيزم

وأساليب مواجهتها

الدكتور

أيمن أحمد السيد محمد

المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بكفر الشيخ

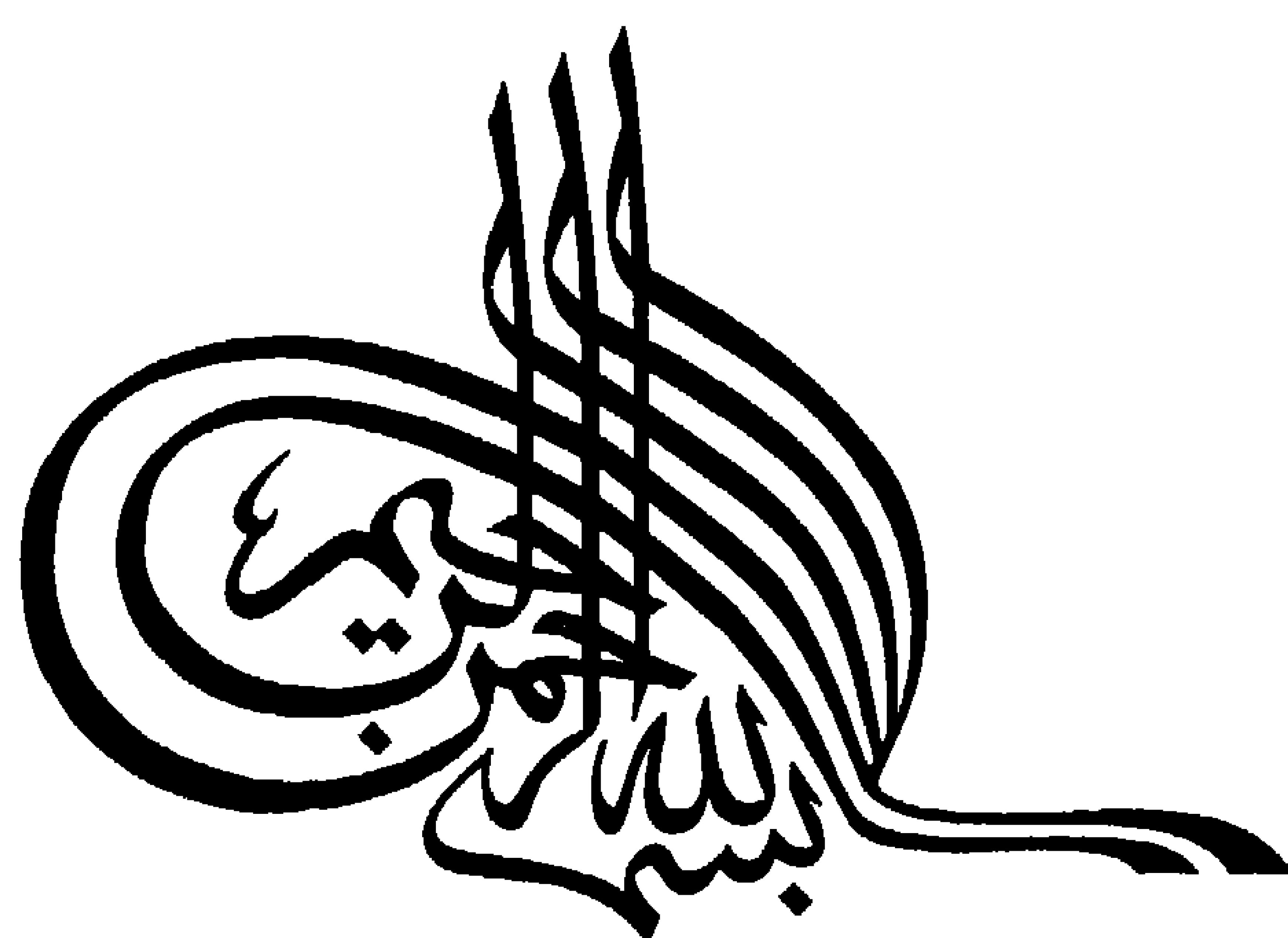


الإساءة الوالدية
تجاه أطفال الأوتيزم
وأساليب مواجهتها

دكتور
ايمن احمد السيد محمد
مشرف تدريب بالمعهد العالى للخدمة
الاجتماعية بكفر الشيخ

2013

دار الكتب والوثائق القومية	
عنوان المصنف	الإساءة الوالدية تجاه أطفال الأوتيزم
اسم المؤلف	أيمن أحمد السيد.
اسم الناشر	المكتب الجامعي الحديث.
رقم الايداع	2012/21567
الترقيم الدولي	978-977-438-345-5.
تاريخ الطبعة	الأولى نوفمبر 2012.


بسم الله الرحمن الرحيم

تمهيد:

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد (ﷺ) وعلى آله وصحابته والتابعين...... وبعد.

ترتبط مشكلة إساءة معاملة الأطفال بمعظم المشكلات الخاصة بالأطفال فى ظروف صعبة، وتتعدد مظاهر إساءة معاملة الأطفال حيث تتمثل فى الإساءة البدنية Physical Abuse والإساءة النفسية Psychological Abuse، الإهمال Neglect.

وتحدث إساءة معاملة الأطفال على جميع المستويات الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية ولكنها تنتشر فى الغالب بين المجموعات المتدنية اجتماعياً واقتصادياً، كما تحدث نتيجة تفاعل معقد بين مجموعة من العوامل لعل أهمها سمات الطفل المساء إليه، وخصائص الأسر المسيئة فضلاً عن خصائص المجتمع الذى تساء فيه معاملة الأطفال.

ولقد أكدت العديد من الدراسات إن الأطفال المعاقين أكثر عرضه لإساءة المعاملة، وذلك غالباً ما يحدث بسبب التوترات والضغوط النفسية الواقعة على والدى الطفل من جراء تشخيص حالة الطفل على أنه معوق، حيث تتحطم آمالهم وأحلامهم وتوقعاتهم بالنسبة للطفل، هذا فضلاً عن المعاناة اليومية فى التعامل مع الطفل المعاق ومساعدته وتدريبه على أبسط أمور الحياة اليومية التى يحتاجها، وهو أمر مرهق جسدياً ونفسياً فبالإضافة إلى مرحلة البحث عن الخدمات التى يحتاجها الطفل المعاق.

ويرجع اختيار فئة الأوتيزم، إلى أن إعاقة الأوتيزم تعد أحد فئات الإعاقة التى تبدو آثارها على الأفراد بشكل كبير، وخاصة فى الجوانب السيكولوجية والاجتماعية ويؤثر ذلك على تكيفهم الشخصى والاجتماعى فضلاً عما أكدته نتائج الدراسة الاستطلاعية التى قام بها الباحث من أن فئة الأوتيزم من أكثر فئات المعاقين تعرضاً لإساءة المعاملة والإهمال من ذويهم والقائمين على رعايتهم.

ولقد استهدفت الدراسة الحالية الوقوف على مشكلات أطفال الأوتيزم المساء إليهم أسرياً والكشف عن العوامل والأسباب المؤدية لإساءة معاملتهم، وأشكال الإساءة التى يتعرضون لها ومحاولة التوصل لتصور مقترح من منظور طريقة العمل مع الجماعات وأفضل التكنيكات والأساليب العلاجية الخاصة بها للحد من مشكلات هذه الفئة وبلغت حجم العينة التى درست أوضاعها (124) أسرة، وبلغت عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين (43) أخصائى / أخصائية، و (16) خبير من أساتذة الجامعة والعاملين فى مجال الأوتيزم.

وتتكون الدراسة من بابين، الباب الأول ويتعلق بالإطار النظرى للدراسة ويشمل أربعة فصول: مدخل الدراسة، إعاقة الأوتيزم، الإساءة الوالدية للأطفال، الخدمة الاجتماعية وأساليب مواجهة الإساءة الوالدية، أما الباب الثانى فيتعلق بالإطار التطبيقى للدراسة ويشمل ثلاثة فصول وهى: الإجراءات المنهجية للدراسة، النتائج الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمجال الأوتيزم، النتائج الخاصة بالوالدين المسيئين لأطفالهم، النتائج الخاصة بالخبراء والمختصين العاملين بمجال الأوتيزم، النتائج العامة للدراسة وذلك إلى جانب مراجع الدراسة العربية والأجنبية وملخصات الدراسة باللغة العربية واللغة الأجنبية وملاحق الدراسة.

ونسأل الله أن نكون بهذا العمل قد قدمنا لبنه من البنات النبائة وتوجيه أنظار المسئولين والمربين إلى قضية الإساءة الوالدية لأطفال الأوتيزم لنضعها بين أيدى رجال التربية الخاصة لتوطبقها فى إنقاذ هذه الفئة من سؤ المعاملة.

والله ولى التوفيق

المؤلف

مقدمـة :

يرغب كل زوجان فى إنجاب أطفال، ويرغبا فى أن يكون هـؤلاء الأطفـال أصحاء، وليس هناك حاجة للبحث عن الدوافع العميقة لمثل هذه الرغبة. إذ يمثـل ميلاد طفل معاق فى الأسرة بداية لسلسلة هموم نفسية لا تُحتمل وتكليف بأعبـاء مادية شاقة ومخاوف وشكوك متزايدة للآباء، وبداية لصراعات فى الآراء، وتناول للاتهامات، وهجران المباهج الحياة، وإماتة للروح وسـيطرة لنزعـات التـشاؤم والانكسار النفسى، وتحطيم للثقة فى الذات، وتعطيل للإرادة وخنف الآمال.

فأى والدان يعتبران طفلهما ملكاً لهما، فهما يريدان أن يفخرا بـه وأن يكـون ابنهما أجمل وأفضل، وأكثر رشاقة ونجاحاً من الأطفال الآخرين، فالطفل يعنـى الخلود والبقاء والاستمرار لوالدية، ومعظم الآباء والأمهات يريـدون أن يـصل طفلهما للآمال والأحلام التى تاقت لهما أنفسهم ويظفروا بما لم يظفروا هم به.

ومع تقدم العمر بالطفل وتراكم سلبياته ومشاكله وزيادة اليقين بعجزه وتأخره، تبدأ مرحلة الخصام والشقاق بين شريكى رحلة الحياة، ويهجران التسامح والتواد، ويتبادلان إلقاء اللوم كل على الآخر، ويرى كل منهما نفسه خاسراً ويبقـى كـل منهما مقتنعاً بأنه غير مسئول وكأنهما يبحثان عن فاعل ليوجهـان إليـه الاتهـام ويخملانه بعضاً مما يصعب عليهما إطاقته.

إن أى نقص أو عدم اكتمال فى نمو الطفل يزيد الهوة بين طمـوح الوالـدين والواقع كما يصنع بعض الصعوبات فى علاقة الطفل بوالدته، فالطفل الذى يولـد وهو يعانى من إعاقة أو الإصابة بمرض مزمن فى سنوات حياتة الأولـى يمثـل مشكلة كبيرة للوالدين وتنبع المشكلة الحقيقية فى عدم معرفة الوالدين كيف، ومتى، وأين يسعون لطلب المساعدة.

فإننا جميعا كبشر متشابهون فى أشياء كثيرة إلا أننا نختلف عن بعـضنا فـى أشياء أخرى هذا أمر طبيعى فالله سبحانه وتعالى قد خلقنا على هيئة واحـدة مـن

حيث مكوناتنا الجسمية والعضوية والحسية والعقلية إلا ان البعض منا قد يزيد أو ينقص من جانب من الجوانب ولذوى الاحتياجات الخاصة تصنيفات عديدة وفى شأن تحديد الفئات التى تندرج تحتها ومن هذه الفئات فئة التوحديين أو الأوتيزم.

ونود أن نشير إلى أن فئة الأوتيزم فى أشد الحاجة إلى فهم بعض مظاهر الشخصية لديهم نتيجة لما تفرضه الإعاقة من ظروف حسية وعقلية ونفسية ومواقف اجتماعية إلى أن نتفهم أساليبهم السلوكية التى تعبر عن الكثيرة من التشابك والتعقيد وبالرغم من كل ذلك فإن هذه الفئة من الصعوبة بمكان التعمق بين ضباباها مما يوجد الكثير من الصعوبات مع والديهم نتيجة لعدم وعيهم وفهمهم لإعاقة التوحد مما يؤدى إلى الإساءة لتلك الأطفال الضحايا.

ويمكننا تصورهم مشكلة سؤ معاملة الأطفال وآثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية فهى مشكلة تحتاج إلى تضافر كافة الجهود العلمية من العديد من المهن وتكون موجهة نحو الطفل ووالديه المسيئين.

والكتاب الذى نقدمه للقارئ يتضمن من الموضوعات ما يتفق مع التقدم العلمى فى هذا المجال من مجالات المعرفة، كما يهتم بالدراسات العلمية المنهجية التى قد تسهم نتائجها فى عمليات تعديل سلوكيات الآباء والأمهات المسيئين لأطفالهم المصابين بالتوحد، إذ ينقسم الكتاب إلى سبع فصول رئيسية كل منها يلقى الضوء على جانب رعاية الطفل التوحدى، وتطوير السلوك الاجتماعى غير المقبول للوالدين.

ويعتبر الفصل الأول بمثابة مدخل للدراسة نلقى من خلاله نظره تاريخية لسؤ المعاملة، ثم توضيح المفاهيم والمصطلحات المستخدمة فى هذا المجال.

أما الفصل الثانى فإنه يحدد مفهوم إعاقة التوحد ومظاهرها ثم بعد ذلك عرض للأسس المعرفية لمظاهر التوحد وطرق تشخيصية ثم توضيح لأهم مؤشرات التشخيص الفارق بين التخلف العقلى والتوحد مع إلقاء الضوء على اهم حاجات

ومشكلات أطفال الأوتيزم وأسرهم.

ولقد خصص الفصل الثالث للإساءة الوالدية لأطفال الأوتيزم وفيه تناولنا نظره تاريخية لتطور الاهتمام بمشكلة الإساءة ومظاهرها، مع توضيح لأهم العوامل المؤدية للإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم وكذلك عرض للخصائص العامة للأسر التى تسئ معاملة أطفالها ويليها الضغوط الوالدية ودورها فى حدوث الإساءة للأطفال ثم عرض للآثار المترتبة على إساءة معاملة الأطفال، ثم توضيح حق الطفل فى الحماية والمعاملة الإنسانية وأخيراً عرض للاتجاهات النظرية المفسرة لإساءة معاملة الأطفال.

ويتناول الفصل الرابع دور الخدمة الاجتماعية فى تطوير السلوك الاجتماعى المقبول للوالدين مع طفل الأوتيزم من خلال عرض للأسس المهنية للأخصائى الاجتماعى مع المعوقين وكذلك لاستراتيجيات الممارسة المهنية اللازمة لمواجهة الإساءة الوالدية لأطفال الأوتيزم.

وأخيراً عرض لأهم أساليب وتكنيكات طريقة العمل مع الجماعات لتعديل أفكار واتجاهات وسلوكيات الوالدين المسيئة للأطفال.

أما الفصل الخامس والسادس فقد تناول نتائج الدراسة الميدانية التى قام بها المؤلف فى هذا المجال، وأهم التوصيات التى نضعها أمام المسئولين والجهات المعينة لزيادة الاهتمام بتلك الفئة من فئات المجتمع ونختتم الكتاب بعرض تصور مقترح لأهم الخطوات الإجرائية لأخصائى العمل مع الجماعات لمواجهة الإساءة الوالدية لأطفال الأوتيزم. وفى النهاية سنلاحظ أن الكتاب يؤكد على أهمية رعاية الأسرة التى لديها طفل توحدى، حتى تتمكن من رعاية طفلها، فالتركيز يجب أن يكون على جميع أفراد الأسرة وليس الطفل، حتى تستطيع السرة والطفل مواجهة هذه الاحتياجات وتلبيتها.

أما الفصل السابع سيتناول النتائج العامة للدراسة.

فالأخصائى الاجتماعى لن يمكنه مساعدة الطفل دون أن تساعده الأسرة، من خلال دور الشراكة بين الأسرة والأخصائى يمكن تحقيق خطوات فعالة للحد من الإساءة لطفل الأوتيزم، وبالتالى فإن على الأخصائى أن يعمل لفهم العالم الذى يعيش فيه الطفل وهو عالم الأسرة وهكذا من خلال منظور النظام الأسرى يمكن رفع جودة الحياة للأسر التى لديها طفل أوتيزم.

وأخيراً أرجو من الله أن أكون قد وفقت فى عرضى هذا الكتاب، وأن ينتفع به كل طالب علم، أو من يرغب فى مساعدة أسرة حباها الله بهذا الطفل المميز وأن يساعد هذا الكتاب فى سد ثغره فى المكتبة العربية التى نحتاج إلى المزيد من الدراسات والكتابات التى تلقى الضوء على تلك الفئة التى أصابها القدر بمثل هذه الإعاقة (الأوتيزم).

والحمد لله الذى هدانا لهذا وما كنا لنهتدى لولا أن هدانا الله

د. أيمن أحمد السيد

الفصل الاول
مدخل إلى الدراسة

مقــدمة

أولاً: مشكلــة الدراســة

ثانياً: أهميــة الدراســة

ثالثاً: أهــداف الدراســة

رابعاً: تســاؤلات الدراســة

خامساً: مفاهيــم الدراســة

سادساً: الدراســات السابقـــة

أولاً: مشكلة الدراسة :

تعتبر مشكلة إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم Child Abuse and Neglect وعدم تلبية حاجاتهم البدنية والنفسية والاجتماعية الأساسية من المشكلات القديمة الحديثة التي عانت ولا تزال يعاني منها الكثير من المجتمعات، ولكن هذه المشكلة لم تكن واضحة أو معترف بها في السابق كما هي عليه اليوم، حيث بدأت الكثير من المجتمعات تتحدث عن هذه المشكلة وتبرز الإحصائيات التي تشير إلي حجم هذه الظاهرة وتقوم بإجراء الدراسات والبحوث المتخصصة للتعرف علي أسبابها والعوامل المرتبطة بها وأثارها بهدف إيجاد الحلول المناسبة للتعامل معها(1).

ولقد حاول الكثير من الباحثين والمتخصصين فى مجال رعاية الطفولة فى الدول الأجنبية تحديد حجم مشكلة إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم، ولقد اختلفت التقديرات التى توصلوا إليها نظراً لاختلاف مفهوم إساءة المعاملة بين الباحثين القائمين على ذلك واختلاف المصادر التى اعتمدت عليها هذه الدراسات فى جميع المعلومات.

وعلى الرغم من ذلك توجد دراسات حديثة نسبياً تقدم تقديرات أكثر دقة فى هذا الأمر، حيث تسجل 3 مليون حالة من تلك الحالات سنوياً فى وكالات وقاية الأطفال فى الولايات المتحدة الأمريكية، وأكثر من مليون حالة من تلك الحالات تم التأكد من أنها إساءة معاملة أو إهمال بالفعل للطفل(2). وفى دراسة أخرى فى الولايات المتحدة الأمريكية، تبين أن هناك شخص من بين كل ستة أشخاص كان ضحية لإساءة المعاملة أثناء مرحلة الطفولة(3).

---

(1) صالح بن عبدالله أبو عبادة:إساءة معاملة الأطفال (القاهرة، المؤتمر العلمى السنوى لمعهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، 2000) ص 90.

(2)Rosquist, Patti R. & Krugman, Richard D.: Child Abuse and Neglect, in Wallace Halen M.& Et al: Health and Welfare for Eamilies in the 21st century (Massachusetts, jons and Bartlett Publishers, 2000) P. 190.

(3)Kornblum, William & Et al,: Social Problems (New jersey, prentice Hall & Englewood cliffs publishers, 7th Ed., 1992) p. 201.

أمـــا التقـــديرات الحديثـــة لمنظمـــة الـــصحة العالميـــة World Health Organization حول أعداد الأطفال الذين يموتون سنوياً نتيجة الإســـاءة إلـــيهم Fatall Abuse فتشير إلى أن هناك حوالى 57000 حالة وفاة ناجمة عـــن قتـــل الأطفال ممن هم دون سن 15 سنة عام 2000؛ كما تبين أم معدل قتل الأطفـــال الذين تقل أعمارهم عن 4 سنوات ضعف أولئك الذين تتـــراوح أعمـــارهم بـــين (5-14) سنة(1).

كما يختلف احتمال تعرض الأطفال للوفاة بسبب الإساءة حسب مستوى الدخل، إذ تبلغ نسبة قتل الأطفال دون سن 5 سنوات ممن يعيشون فى دول مرتفعة الدخل 2.1 لكل 100.000 من الذكور و 1.8 لكل 100.000 من الإناث، أما فى الدول ذات الدخل المتوسط والمنخفض فيتضاعف العدد 2-3 مرات، إذ يصل إلـــى 6.1 لكل 100.000 من الذكور و 5.1 لكل 100.000 من الإناث وأن أعلى معـــدلات قتل الأطفال تقع فى إفريقيا إذ تصل إلى 17.9 لكل 100.000 ممـــن الـــذكور و 12.7 لكل 100.000 من الإناث (2).

كما تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن أكثر الأسباب شيوعاً لوفيات الأطفال بسبب إساءة المعاملة هى الإصابات على الرأس، تتلوها وإصابات البطن، ثم حالات الخنق المقصود(3). أما عن نوع الإساءة الأكثر شيوعاً، فإن الإهمال هو أشيع Most Common صور الإساءة المثبتة فى الولايات المتحدة الأمريكيـــة، فهو مسئول عن 63% من الحالات المثبتة Substantiated cases فى حين تمثل الإساءة الجسدية 20% من تلك الحالات، ثم الإساءة النفسية 10%(4).

---

(1)Krug, Etienne G.& Et al: world on violence and Health (Genevam World Health Organization, 2002) P. 60.

(2)Krug, Etienne G.& Et al Op Cit PP. 47-69.

(3)Idem.

(4)Rapoza, Kimberly A: the united states, in: Malley-orrison, Kathleem: international Perspectives on family violence and Abuse: A cognitive Ecological Approach (New Jersy, Lawrence Erlbaum Associates publishers, 2004) P. 456-457.

فى حين أن نوع الإساءة الأكثر شيوعاً فى مجتمعات أخرى مثل المجتمع الفيتنامى هو الإساءة الجسدية يليها الإهمال[1].

وعلى الرغم من أن الإساءة للطفل تشيع فى المجتمع المصرى بأشكالها المختلفة، فإنه لا يتوفر أمام الباحثين أية إحصاءات عن معدلات وتعرض الأطفال للإساءة والإهمال، وهناك صعوبة حقيقية فى الوصول إلى التقديرات كمية سليمة حول هذه المشكلة، وبالرغم من ذلك يمكن النظر إلى الإحصاءات الخاصة بالأحداث المنحرفين أو المعرضين للانحراف أو أطفال الشوارع أو عمالة الأطفال أو جرائم العنف الوالدى كمؤشرات لحجم المشكلة على اعتبار أن إساءة معاملة الطفل عامل مشترك هام بين تلك المشكلات جميعها.

وقد ساهم فى الاهتمام بمشكلة إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم أيضاً التغطية الكبيرة لوسائل الإعلام والاكتشاف اليومى لضحايا جدد، والذى رافقه على المستوى البحثى الأكاديمى إصدار عدد كبير من الكتب والتقارير والمقالات العلمية التى تناولت أعراض وأسباب الإساءة، وأساليب الكشف عنها، وتقييم الأساليب العلاجية، ومتابعة الآثار قصيرة الأمد وطويلة الأمد للإساءة وتناولت أيضاً الإجراءات والعقوبات القانونية[2]. وبالتالى فالاهتمام بمشكلة إساءة معاملة الأطفال هو أمر كحديث ونسبياً، أما القسوة عليهم وسوء معاملتهم وإهمالهم فلها تاريخ طويل. وعلى الرغم من ا، الطفل يحاط بالوالدين أو من يقوم مقامهما، حيث يقومون بتوفير الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية له– مع الأخذ بوسائل الضبط المناسبة– إلا أنه فى غياب الوعى والإدراك بأهمية مرحلة الطفولة، فى ظل متغيرات عديدة منها ضغط الحياة والعمل ودراجة التوافق الزواجى والوئام والشعور بالحب والتواد والتراحم، ومدى توافرهم أو افتقادهم، فإن الطفل يتعرض

---

(1)Le, Anh Nguyen: Child Abuse and Neglect in the vietnamese community (California state university, international Masters Abstractsm V. 40, No. 2, 2001) P. 359

(2)King Michael: A Better World for children? "Explorations in Morality and Authority" (NY, Routledge Publishers, 1997) P. 31.

لأشكال مختلفة من الإساءة، فنجد العقاب البدنى الذى يتراوح ممن الضرب الى حدوث الإصابات والعقاب النفسى، والإهمـــال، والنبيــذ، والـــسخرية – وســـوء المعاملة(1).

وتحدث إساءة معاملة الطفل على جميع المستويات الاجتماعية، والاقتــصادية، والتعليمية ولكنهما تنتشر غالباً بين المجموعات المتدينـــة اجتماعيـــاً واقتــصادياً Lower Socioeconomic Groups، وليس الوالدان فقط هما اللـــذان يـــسيئان معاملة الأطفال، بل ومن يقوم مقامهما مثل زوج الـــم، زوجـــة الأب، الأقـــارب القائمين على رعاية الطفل(2).

وتحدث إساءة معاملة الطفل نتيجة تفاعل معقد بين مجموعة من العوامل، لعل أهمها خصائص الوالدين وخصائص الطفل، فقـــد أشـــار Kornblum & et al 1992 إلى أن الأسر التى تسئ معاملة أطفالهما عادة ما يكون بها واحدة أو أكثر من الخصائص الآتية: وجود الآباء فقط، تدنى المستوى التعليمـــى والاقتـــصادى والاجتماعى، كبر حجم السرة، تغيير محل إقامة الأسرة باستمرار، تسلط الوالـــد، فضلاً عن المبالغة فيما يتوقع من الطفل بما لا يتناسب ومرحلة نموه(3).

ومن ناحية أخرى، فقد بينت بعض الدراسات أن خصائص الطفل ســـاهم فـــى تعرضه لإساءة المعاملـــة، فقـــد أشـــار Miller 1993 إلـــى أن الأطفـــال ذوى الاضطرابات أكثر عرضه للإساءة البدنية والنفسية(4). كما أشارت العديـــد مـــن الدراسات والبحوث إلى أن الأطفال المعاقين أكثر عرضه لإساءة المعاملة مقارنة

---

(1) بدرية كمال أحمد: الإساءة للطفل "دراسة نفسية اجتماعية" (القاهرة، المؤتمر العلمى الثـــانى لمعهـــد الدراسات العليا "أطفال فى خطر"، جامعة عين شمس، 1994) ص227.

(2)Blackman, james A: Medical Aspects of Developmental Disabilities in children "Birth to three" (Mary land, Aspen publishers, 2nd Ed., 1990) P. 67.

(3)Kornblum, William & Et al Op Cit, pp. 202-203.

(4)Miller, Darcy: Sexual and Physical A buse Among Adolescents With Behavioral Disorders: Profiles and Implications (Journal Of Behavioral Disorders, V. 18, No. 2 1993) PP. 129-138.

بالأطفال العاديين، فقد أشارت دراسات كل من Blackman 1990, Cooke & Standen 2002، وفهد حمد المغلوث 2002، إلى أن إساءة معاملة الطفل المعاق غالباً ما تحدث بسبب التوترات والضغوط النفسية الواقعة على والدى الطفل من جراء تشخيص حالة الطفل على أنه معوق حيث تتحطم آمالهم وأحلامهم وتوقعاتهم بالنسبة للطفل، هذا فضلاً عن المعاناة اليومية فى التعامل مع الطفل المعاق، ومساعدته وتدريبه على أبسط أمور الحياة اليومية التى يحتاجها الطفل المعاق، والتى عادة ما تتبع مرحلة الصحة النفسية، وبالتالى الوالدان لردود عضوية وعقلية وانفعالية سيئة تنعكس على أسلوب معاملة الطفل[1].

وأوضح Ammerman & et al 1991، أن هناك ثلاثة عوامل تجعل الأطفال المعاقين أكثر عرضه لخطر الإساءة والإهمال وهى: صعوبة تكوين ارتباط بين الطفل ومن يقوم برعايته، والضغط المتزايد والذى يرتبط بصعوبة السيطرة على المشكلات السلوكية للمعاق ومتطلبات الرعاية المكثفة، فضلاً عن قابلية الإعاقة للتدهور[2]. كما أوضح Sobsey 2002 أنه رغم إثبات العلاقة بين إساءة المعاملة والإعاقة منذ سنوات عديدة، إلا أن طبيعة العلاقة ظلت غير واضحة حتى وقت قريب، واشر إلى أن هناك ثلاثة أنواع من العلاقات بين إساءة المعاملة والإعاقة وهى: إن إساءة المعاملة تسبب العديد من الإعاقات، أن الأطفال المعاقين أكثر عرضه لإساءة المعاملة، أن هناك بعض العوامل الأساسية الطارئة تزيد من احتمال العنف والإساءة (مثل مشكلات التعلم والسلوك) وأشار أيضا إلى أن حوالى 3/1 الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة لديهم تاريخ مؤكد لإساءة المعاملة، وأنه من المحتمل أن كثيرين غيرهم قد مروا بإساءة المعاملة ولكن لم يتم الإبلاغ عنها

---

(1)Bhackman, James A., Op cit, P. 68.

-Cook, Pa,ela & Standen P. J: Abuse and Disabled Children: Hidden Needs (Journal Of Child Abuse Review, V.11, No. 1, 200) PP. 1-18.

(2)Ammerman, Robert T. & Et al: Maltreatment Of Handicapped Children, in Ammerman, Robert T. & Hersen, Michel: Case Studies in Family Violence (NY, Plenum Press, 1991) PP 209-230.

أو إثباتها[1]. وتجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من اختلاف مفهوم مشكلة إساءة معاملة الأطفال، وحجمها، وبعض أسبابها ومظاهرها فى المجتمعات الأجنبية عن المجتمعات العربية بصفة عامة والمجتمع على المدى البعيد.

وإذا كان للأسرة أهمية قصوى لدى أفرادها الأسوياء الذين يملكون القدرات الجسمية والعقلية، التى تساعدهم على الاعتماد على أنفسهم، وتلبية مطالبهم، وتغيير بيئاتهم وأوضاعهم بأنفسهم؛ كى يحققوا قدراً كافياً من التكيف النفسى والاجتماعى فى المجتمع الذى يعيشون فيه والطفل المعاق كغيره من الأطفال قد يشعر بالأمان والطمأنينة فى أسرته، إذا ما شعر أنه طفل مرغوب فيه ويلقى كل الرعاية والاهتمام، أو أنه يشعر بعدم الارتياح إذا ما شعر أنه منبذ ومهمل من قبل أسرته. وتختلف أنواع الإعاقات ولا يختلف تأثيرها السلبى على الوالدان، ويستمر هذا التأثير ويزداد كلما زادت حدة هذه الإعاقة التى يعانى منها الطفل، ومن هذه الإعاقات التى تؤثر على الطفل ووالدة إعاقة "التوحد"Autism . حيث يؤثر التوحد على النمو الطبيعى للمخ فى مجالات الاتصال ومهارات التفاعل الاجتماعى، والأفعال الذين يعانون من التوحد يجدون عادة صعوبة فى الاتصال بالآخرين والانغلاق على الذات، وفى التفاعل الاجتماعى وأنشطة اللعب والمرح ويسبب لهم التوحد صعوبة فى الاتصال بالآخرين والارتباط بالعالم الخارجى[2].

ويزيد من خطورة المشكلة إن معدل انتشار إعاقة التوحد بين الأطفال يقدر بنسبة 1:5 حالات لكل 10.000 طفل تحت "عمر 12 عاماً" وقد أشار لهذا "عثمان لبيب فراج 2001" وأتفق معه كلاً من "حسين مصطفى عبد المعطى 2001، وعبد الرحمن سيد سليمان 1999، وعبد الرحيم بخيت عبد الرحيم 1999" وإذا شملت حالات التخلف العقلى الشديد بعض مظاهر التوحد فإنه يمكن أن يزيد المعدل إلى

---

(1)Sobsey, Dick: Exceptionality, Education, And Maltreatment (Jounral of Exceptionality, V. 10, No.1, 2002) PP 29-46

(2) عمر بن الخطاب خليل: الأساليب الفعالة فى علاج التوحد (بحث منشور فى مجلة معوقات الطفولة، مركز معوقات الطفولة جامعة الأزهر، العدد (9) مايو 2001، ص18-19.

(20) حالة لكل 10.000 طفل(1). وتشير الإحصاءات التى أصدرتها الجمعية الأمريكية للتوحد Autism Society of America، أن هناك زيادة سنوية كبيرة فى أعداد المصابين بهذه الإعاقة وإن مثل هذه النسبة الكبيرة قد جعلت من هذا الاضطراب ثالث أكبر الاضطرابات النمائية شيوعاً(2).

وفيما يتعلق بذلك يشير الإحصاء الصادر عن الجمعية الأمريكية للتوحد عام 1999م إلى نسبة انتشاره بين الإناث بأربعة أضعاف، ومن ثم فهناك حوالى 400.000 فرد بالولايات المتحدة الأمريكية فقط يعانون من إعاقة التوحد(3).

أما فى مصر فتشير الإحصاءات إلى معاناة ما بين 100 إلى 200 ألف طفل من التوحد وفقاً لتقديرات عام 1996(4). أما التقديرات الحديثة لنظمة الصحة العالمية World Health Organization حول أعداد الأطفال الذين يموتون سنوياً نتيجة الإساءة إليهم Fatal Abuse، فيشير إلى أن هناك حوالى (57000) حالة وفاة ناجمة عن قتل الأطفال ممن هم دون سن (15) سنة عام 2000، كما تبين أن معدل قتل الأطفال الذين تقل أعمارهم عن (4) سنوات ضعف أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين (5-14) سنة.

وفى حدود علم الباحث لا توجد إحصاءات محددة لفئة الأطفال التوحديين وقد يرجع ذلك إلى حداثة العهد بإضطراب التوحد. حيث تم تشخيصه لأول مرة على يد العالم ليوكانر LEOKANNER وذلك فى عام 1943، بالإضافة إلى صعوبة

---

(1) حسن مصطفى عبد المعطى: الاضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة، الأسباب - التشخيص - العلاج، دار القاهرة، القاهرة، 2001، ص556.

(2) عادل عبد الله محمد: الأطفال التوحديين "دراسات تشخيصية وبرامجية، درا الرشاد، القاهرة، 2002، ص10؟

(3) أميرة طه بخش: فعالية برنامج تدريبى لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعى فى خفض السلوك العدوانى لدى الأطفال التوحديين (بحث منشور فى مجلة العلوم التربوية، بكلية التربية، جامعة قطر، العدد الأول، يناير 2002) ص130.

(4) عثمان لبيب فراج: إعاقة التوحد مشكلة التشخيص والكشف المبكر، النشرة الدورية (6) لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، عدد (45)، 1996، ص18.

التعرف على أعراض اضطراب التوحد لدى غير المتخصصين نظراً لتشابهها مع أعراض العديد من الاضطرابات الأخرى، ويضاف إلى ذلك عدم ظهور تشخيص مستقل لتلك الفئة إلا فى الطبعة الثالثة المعدلة من دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها (DSM3) الذى أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسى عام (1987) ثم فى الطبعة الرابعة من ذات الدليل (DSM4) التى صدرت عام (1994).

وفى ضوء الإحصاءات والتقديرات السابقة عن مدى انتشار التوحد، هناك جانب أخر يزيد من خطورة المشكلة ويشير إلى درجة تأثير إعاقة التوحد، حيث تعتبر إعاقة التوحد من أشد أنواع إعاقات النمو الذهنية والتى لها تأثير شديد على شخصية الطفل وعلى والديه والمجتمع الذى يعيش فيه نتيجة لما تفرضه على الطفل المصاب من خلل وظيفى يترتب عليه توقف النمو التطورى فى معظم مجالاته المرتبطة باللغة والتواصل والنمو الاجتماعى والإدراك الحسى والانفعالى مما يعوق عمليات التعليم والتطبيع واكتساب القدرات والتعامل مع الآخرين[1].

ومما لاشك فيه أن الطفل التوحدى لا يستطيع أن يفهم الآخرين ويتواصل معهم باعتماده على نفسه مثل الأطفال الأسوياء، ولكنه يحتاج إلى من يوفر له الرعاية اللازمة، بالإضافة إلى تكثيف الجهود وتوفير الوقت اللازمان لذلك، على أن تبدأ هذه الرعاية من الوالدين ويشير "أفرنومى أدفى وآخرون Eveinomy, Adui and others 2000 إلى أن صور الرعاية الوالدية تتحدد وفقاً لمفهوم الوالدان عن مشكلة طفلهما التوحدى وأن الضغوط الكبيرة التى يتعرض لها الوالدين وغياب الوعى والإدراك بأهمية مرحلة الطفولة للطفل التوحدى يتجاهل ويتناسى الآباء والأمهات حقوق واحتياجات الطفل التوحدى وفى ظل متغيرات عديدة منها تلك الضغوط والسعى وراء توفير مستوى معيشى أفضل نتج عن ذلك الإساءة بأشكالها

---

(1) عثمان لبيب فراج: حوار مع أخوة وأخوات أطفال التوحد (النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، 2001)، ص3.

المختلفة ويكون الطفل التوحدى ضحية لسوء المعاملة من قبل والديه والظروف المحيطة به(1). وعلى ذلك تحددت مشكلة الدراسة الراهنة فى السعى وراء التعرف على العوامل التى تؤدى إلى الإساءة الوالدية تجاه أطفال الأوتيزم، والآثار الناتجة عن هذه الإساءة ودور الخدمة الاجتماعية وطريقة العمل مع الجماعات لمواجهة مظاهر الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم ومن ثم فقد تحددت مشكلة الدراسة فى "الإساءة الوالدية تجاه أطفال الأوتيزم وأساليب مواجهتها".

ثانيا: اهمية الدراسة :

الاهمية النظرية:

1-دراسة إحدى الموضوعات الحديثة نسبياً وهى إساءة معاملة طفل الأوتيزم.

2-الاستفادة من نتائج الدراسة فى الحد من مشكلة الإساءة لأطفال الأوتيزم والتى تستنفذ جهود الدولة فى إعادة تأهيل الأطفال.

3-مساعدة أطفال الأوتيزم لكى يعيشوا غير مساء إليهم من قبل الوالدين والقائمين على رعايتهم.

الاهمية التطبيقية:

1-محاولة لفت انتباه الآباء والأمهات إلي سلبية إساءة معاملة الأطفال وتجنب إساءة المعاملة وصولاً إلي الارتقاء بمستوي الأسرة.

2-قد تفيد نتائج الدراسة فى تصميم وبناء البرامج التربوية والاجتماعية التى يعدها الأخصائى النفسى أو الاجتماعى لأسر أطفال الأوتيزم.

3-تفيد نتائج هذه الدراسة القائمين على رعاية الأطفال وتنشئتهم وتزودهم بأساليب التربية السليمة التى تجنب إساءة معاملة الأطفال.

---

(1)Evrinomy Avdi and other: Parents Construction of the problem during assessment and diagnosis of their child for an autistic spectrum disorder (journal of health psychology, vol (5), no (2), Apr 2000) p.p. 241.

ثالثا: اهداف الدراسة :

1-التعرف على مظاهر الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم.

2-التعرف على واقع الأداء الاجتماعى لأسر الأطفال التوحديين تجاه أطفالهم.

3-إثراء الجانب النظرى لطريقة العمل مع الجماعات فيما يتعلق بأساليب خدمة الجماعة المناسبة لمواجهة الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم.

4-الوصول لتصور مقترح لأهم الخطوات الإجرائية لمواجهة مظاهر الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم.

رابعا: تساؤلات الدراسة :

وفى ضوء ما سبق تحاول الدراسة الحالية الإجابة على التساؤل التالى:

ما هي مظاهر الإساءة الوالدية تجاه أطفال الاوتيزم وأساليب مواجهتها ؟

ويتفرع من التساؤل الرئيسي التساؤلات الفرعية التالية :

-ما العوامل المؤدية لإساءة الوالدين لطفلهم الاوتيزم ؟

-ما دور الاخصائيين الاجتماعيين في مواجهة الإساءة الوالدية لطفل الاوتيزم".

-ما الأساليب والتكنيكات التي يمكن للأخصائيين الاجتماعيين استخدامها في مواجهة الإساءة الوالدية لطفل الاوتيزم ؟

-ما المعوقات التي تواجه الأخصائيين الاجتماعيين عند التعامل مع مشكلات الإساءة الوالدية لطفل الاوتيزم "

-ما التصور المقترح لأهم الخطوات الإجرائية لمواجهة مظاهر الإساءة الوالدية لطفل الاوتيزم؟

خامسا: مفاهيم الدراسة :

بعض المصطلحات الواردة في عنوان هذه الدراسة وفي ثناياها قد تحتمل أكثر من معنى، وحلا لهذه الإشكالية، وحرصا على تقنين المفاهيم والمصطلحات المستخدمة فقد قام الباحث بوضع تعريفات لفظية Conceptual Definitions تضبط المقصود في ضوء الغرض وأخرى إجرائية Operational Definitions

الذي ترمي إليه هذه الدراسة. وأهم المصطلحات التي رأى الباحث ضرورة وضع تعريفات لها في دراستها هي:

الإساءة Abuse:

عرفها "أحمد السيد محمد إسماعيل" بأنها: " أي سلوك عنيف وقاسي يتضمن سخرية وازدراء موجهاً ضد الطفل من والدية أو القائمين علي رعايته مما ينتج عنه إصابة الطفل بجرح أو إيذائه بدنيا ونفسيا أثناء التفاعل ومواقف التنشئة ومن شأنه حرمان الطفل من حقوقه وتقييد حريته سواء كان هذا السلوك نتيجة إهمال أو خطأ مقصود بهدف تهذيب الطفل أو عقابه، ويتضمن ذلك السلوك الضرب بالعصا أو الحزام والرفس والصفح علي الوجه واللكم الشديد والحرق والقرص وجذب الشعر والدفع بقوة والعض وتقييده بالحبل ووضع الشطة في فم الطفل".(1)

تعرف المؤسسة الدولية للصحة النفسية 1977 م إساءة معاملة الأطفال بأنها: "تعني الإساءة إليهم بدنيا أو نفسيا أو جنسيا، وحرمانه من الحب والعطف والحنان وعدم الاهتمام برعايتهم وأن الإهمال يمكن أن ينطبق علي مجموعة مختلفة من تصرفات الوالدين خاصة فيما يتعلق بتوفير الحماية أن إساءة المعاملة والغذاء للطفل والإشراف عليه". ويري Lieberman والإهمال مشكلتين متلازمتين دائما ولا يمكن أن تكون مفصولة عن بعضهم إلا نادرا" (2).

ويعرف الباحث الإساءة إجرائيا بأنها:

1-الإخفاق فى التصرف من جانب الوالدين أو المسئول عن رعاية الطفل والذى ينتج عنه أى ضرر جسمى أو وجدانى.

2-استخدام الوالدين لأساليب التربية الخاطئة فى تنشئتهم بل قد تمتد لتشمل

---

(1) احمد السيد محمد إسماعيل: الفروق في إساءة المعاملة وبعض متغيرات الشخصية بين الأطفال المحرومين من أسرهم وغير المحرومين من تلاميذ المدارس المتوسطة بمكة المكرمة، مجلة دراسات نفسية، المجلد (11) العدد الثاني ابريل 2001، 20، ص 270.

(2) صالح عبد الله: إساءة معاملة الأطفال ، المؤتمر العلمي السنوي 27 مارس، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، 2000، ص92.

صدمات الطفولة نتيجة للخبرات المؤلمة التـــى تعـــرض لهـــا الطفـــل أثنـــاء عملية التنشئة.

3-أى فعل من جهة الأباء أو أى شخص ما أو مؤسسة يؤدى إلى حرمـــان الطفل من المساواة فى الحقوق والحرية كغيره من أفراد المجتمع.

4-الأفعال التى تهدد إمكانية سعادة الأطفال ونموهم، فهى اعتداء وحرمـــان عاطفى، وثقافى وكبت لهؤلاء الأطفال.

طفل الاوتيزم Autism :

ويري "**لطفى زكريا الشربينى**" أن التوحد يعتبر من الاضطرابات النمائيـــة التـــي تعزل الطفل المصاب عن المجتمع دون شعوره بما يحدث حوله من أحداث في محيط البيئة الاجتماعية فينخرط في مشاعرٍ، وأحاسيس، وسلوكيات ذات مظاهر تعتبر غير عادية أو شاذة بالنسبة لمن يتعاملون معه، بينما يعايشها هو بصفة دائمة مستمرة لأنها الوسيلة الوحيدة التي يعبر بها عن أحاسيسه ومشاعره بطريقته الخاصة. "[1]

ويعرف الباحث الاوتيزم إجرائياً بأنه " اضطراب عصبي بيولوجي يؤدي إلي قصور واضح في تواصل الطفل اللغوي مع الآخرين في البيئـــة المحيطـــة بـــه، وضعف في سلوكه وقابليته للتعلم والتدريب ويظهر ذلك فـــي نوبـــات الغـــضب، والبكاء، والضحك بدون سبب، وعدم الخوف من الخطر وصعوبات في مهـــارات العناية بالذات "الطعام والشراب، ارتداء الملابس، الإخراج، النظافة الشخـــصية "، مما ينتج عنة ضعف في علاقاته مع الآخرين وتفاعله الاجتماعي معهم " .

سادساً: الدراسات السابقة :

هناك العديد من الدراسات والبحوث التى تناولت مـــرض الأوتيـــزم والأســـاليب العلاجية المختلفة التى استخدمت معه، وتوجد دراسات أخرى تناولت دور الأسرة فى مساعدة وعلاج أطفال الأوتيزم منها دراسات أجنبية ودراسات عربية.

---

(1) لطفي زكريا الشربيني: طفل خاص بين الإعاقات والمتلازمات – تعريف وتـشخيص. ط1 ، دار الفكر العربى، القاهرة، 2004، ص 103.

فالدراسات الأجنبية قد تعددت وتباينت من حيث اهتمام البعض بالتعرف علــي أسباب معاملة الأطفال والبعض الأخر اهتم بتعديل سلوك الطفل المــساء معاملتــه والبعض الأخر اتخذ الحلول لمنع إساءة معاملة الأطفال بينما الدراسات العربية التي قامت في الوطن العربي فتعد قليله نسبياً مقارنة بالدراسات العربية، ويمكن عرض تلك الدراسات على النحو التالى:

يشير " جريفن كريستين وآخــرون Christin Greffin and others 2000 إلى أهمية دور الوالدين فى مساعدة المتخصصين أثناء عملية التشخيص لطفلهمــا التوحدى وبالرغم من أن الدراسة أشارت إلى أن معلومات الوالــدين قــد تكــون سطحية ومختلطة إلا أنها أكدت على أهمية تحليل المظاهر السلوكية التى يقــدمها الوالدان عن طفلهما التوحدى لما لها من أهمية فى تحقيق ممارسة أكثــر فاعليــة وأكثر أخلاقية بهدف تعديل تفاعل الأطفال مع المحيطين [1].

ويتضح من ذلك أن والدىّ الطفل التوحدى يتعرضا لضغوط كبيرة قــد تــؤثر على أدائهما لأدوارهما تجاه طفلهما التوحدى، ويتفق هذا مع ما أشار إليه ســلامه منصور (2000) من أن طبيعة العلاقات الأسرية والضغوط التى يواجهها الأطفال التوحديين وطريقة معاملة الوالدين لطفلهما التوحدى لها تأثير سلبى على بعــض الخصائص النفسية والاجتماعية للأطفال التوحدين ، كما أنها تقلــل مــن فــرص نضجهم واكتساب المهارات المختلفة [2].

ويتفق هذا مع ما أشار إليه " جيم ديكر وآخرون Jim Deckerand other2000 وذلك فيما يتعلق بأهمية دور الوالدان فى الإشراف وتدعيم النشاط الحركى لطفلهمــا التوحدى مع ضرورة العمل على تنمية قدراته المتاحة وذلك من خلال المشاركة فــى

---

(1)Griffin, Christine and Others: Parents Construction Of Professional Knowledge, Expertise and Authority During Assessment and Diagnosis of Their Child for on autistic Spectrum Disorder, (British Journal of Medical Psychology Vol (73).No(3) .Sep 2000).

(2)سلامة منصور عبد العال: فعالية العلاج المعرفى فى تحسين المعاملة الوالديه للأطفال المصابين بالأوتيزم (بحث منشور فى المؤتمر العلمى الدولى الثالث عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 2000)، ص 200.

الخدمات والبرامج العلاجية والتربوية بالمؤسسات [1]. وإذا كان للوالدين أهمية قصوى لدى أبناءهم الأسوياء الذين يملكون القدرات الجسمية والعقلية، التى تساعدهم على الاعتماد على أنفسهم ، وتلبية مطالبهم، وتغيير بيئاتهم وأوضاعهم بأنفسهم، كى يحققوا قدراً كافياً من التكيف النفسى والاجتماعى فى المجتمع الذى يعيشون فيه، فإن أهميتهما كوالدان تتزايد مع أبناءهم المعاقين الذين تحول قدراتهم الجسمية والعقلية دون اعتمادهم على أنفسهم، فيتعرضون عادة إلى مواقف ضغط وتوتر وإحباط تفوق ما يواجهه أقرانهم الأسوياء، فهم بلا شك بحاجة ماسة لوالديهم إلى جانبهم من اجل مواجهة تلك المواقف وبث الثقة فى نفوسهم وتوجيههم الوجهة السليمة، ورعايتهم رعاية فعالة تحقق نموهم الجسمى والعقلى والانفعالى بشكل يمكنهم من الاعتماد على أنفسهم فى المستقبل[2].

والاتجاهات الوالديه Parental Attituds وهى منظومة المعارف والسلوك التى توجه الآباء والأمهات فى أساليب تعاملهم مع الأبناء وتنشئتهم لهم [3]. إن مشكله إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم Child Abuse and Neglect من المشكلات القديمة الحديثة، التى عانت منها الكثير من المجتمعات ولا تزال تعانى منها الكثير من المجتمعات وإذا كانت تظهر بوضوح فى المجتمعات الأجنبية، فأنها تحتاج إلى المزيد من الجهود والبحوث المرتبطة بتحديد وتوصيف أسبابها ومظاهرها وعلاقتها بغيرها من المتغيرات تحديداً إحصائياً دقيقاً حتى يمكن التعامل مع هذه الظاهرة فى مجتمعاتنا العربية، وإيجاد الحلول المناسبة للتعامل معها [4].

---

(1) Jim, Decker and others: Successful Physical Activity Programming for Student with Autism (Journal Citation : Focus on Autism and others Development Disabilities ,Vol (15) , No (3) , 2000) p.p. 159 – 162 .

(2)عبد الله محمد عبد المحسن الفوزان : مشكلات المعوقين وأسرهم دار الزهراء للنشر والتوزيع، ط 1، الرياض، 2000، ص43

(3) معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة: علم النفس الاجتماعى، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة 2001، ص214.

(4)صالح بن عبد الله أبو عبادة: إساءة معاملة الأطفال، المؤتمر العلمى السنوى لمعهد الدراسات العليا للطفولة، القاهرة، جامعة عين شمس 2000، ص90.

وتشير العديد من الدراسات والبحوث التى تناولت إساءة معاملة الأطفال ومنها على سبيل المثال لا الحصر كل من ، Dallos & Mclaughlin 1998, Barth & et al 1994(Department of social welfare and Development & UNICEF 1993)

إلى أن مظاهر (أشكال) إساءة معاملة الأطفال تتمثل فى :

إساءة المعاملة البدنية Physical Abuse ، وإساءة المعاملة النفسية Psychological Abuse ، وإساءة المعاملة الجنسية Sexual Abuse ، والإهمال Neglect [1].

وعلى الرغم من ذلك توجد دراسات حديثة نسبيا تقدم تقديرات أكثر دقة فى هذا الأمر، حيث تسجل (3) مليون حالة من تلك الحالات سنوياً فى وكالات وقاية الأطفال فى الولايات المتحدة الأمريكية، وأكثر من مليون حالة من تلك الحالات تم التأكد من أنها إساءة معاملة وإهمال بالفعل للطفل .

كما توصل كلاً من " Gorey & Leslie 1997 " إلى أن حجم الإساءة الجنسية للأطفال من خلال استعراض نتائج (16) بحثاً فى أمريكا الشمالية، معدلات حدوث الإساءة الجنسية للأطفال ما بين (7-12 %) للإناث، (5-8 %) للذكور [2].

أما عن نوع الإساءة الأكثر شيوعاً ، فإن الإهمال هو أشيع Most Common صور الإساءة المثبتة فى الولايات المتحدة الأمريكية، فهو مسئول عن (63%) من الحالات المثبتة Substantiated Cases، فى حين تمثل الإساءة الجسدية (20%) من تلك الحالات، ثم الإساءة الجنسية (10%) [3].

---

(1)Rosquist, Pattir. R & Krugman, Richard D:. Child Abuse and Neglect In: Wallace, Heln M. & Et al : Health and Welfare for families in The 21 st Century (Massachusetts , Jons and Bartlett Publishers, 2000), P 193 .

(2) Herbert, Martin: Typical and Atypical Development " From Conception to Adolescence " (Malden , ABPS , Black Well Book , 2003) , P 375 .

(3) Ropoza, Kimberly A: The united States, In Malley Morrison Kathleen: International Perspectives on Family Violence and Abuse : A cognitive Ecological Approach (New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2004) P P 456-457.

كما أن هناك دراسات حديثة أجريت على عينات كبيرة وحاولت تحديد معدلات الإساءة، والتى يمكن اعتبارها مجرد مؤشرات عن معدلات الانتشار.

ولعل من أهم تلك الدراسات ، الدراسة التى أجرتها منظمة اليونيسيف UNICEF عام 2004 فى ستة مراكز على مستوى الجمهورية، هذه هى المراكز هى (أبو تيج، جهينة الغربية، ساقلته، منفلوط، دار السلام، فرشوط)، وبلغ تعداد السكان الذين شملتهم الدراسة فى المراكز الستة 1295000 نسمة، ويمثل الأطفال (من سن يوم وحتى 17 سنة) حوالى (47.4%) منهم حيث يشكل الأطفال دون سن الخامسة بنسبة تتراوح بين (13-14%) من السكان والأطفال من (5-9 سنوات) بنسبة تتراوح بين (12-14%)، فى حين يمثل النشىء فى الفئة العمرية (10-19 سنة) نسبة (26%)، ولقد أشارت نتائج الدراسة المتعلقة بالإساءة الجسدية أن (10%) من المراهقين الذين تمت مقابلتهم قد تعرضوا للضرب خلال الأسبوع السابق للمقابلة، كما كان المراهقون الأصغر سناً عرضة للضرب ثلاثة أضعاف الأكبر سناً، كما كانت نسبة الفتية أعلى من الفتيات [1].

كما أشارت العديد من الدراسات إلى أن الأطفال المعاقين أكثر عرضة لإساءة المعاملة مقارنة بالأطفال العاديين، فقد أكد كل من " Cooke & Standen 2002"[2]. ، و"فهد المغلوث 2002 " إلى أن إساءة معاملة الطفل المعاق غالباً ما تحدث بسبب التوترات والضغوط النفسية الواقعة على والدى الطفل من جراء تشخيص حالة الطفل، واكتشاف أنه مصاب بالأوتيزم حيث تتحطم آمالهم وأحلامهم وتوقعاتهم بالنسبة للطفل هذا فضلاً عن المعاناة اليومية فى التعامل مع هذا الطفل المعاق، ومساعدته وتدريبه على أبسط أمور الحياة اليومية التى يحتاجها، وهو أمر مرهق جسدياً ونفسياً، بالإضافة إلى مرحلة البحث عن الخدمات التى يحتاجها الطفل

---

(1) UNICEF : Children in Six Deistricts of Upper Egypt: A Situation Analysis , (Cair, Egypt Country Office, Sahara Printing Company , 2004) , P P 7-50.
(2)Cooke, Pamela & Standen, P.J : Abuse and Disabled Children : Hidden Needs (journal Of Child Abuse Review , V.11 , No1 , 2002) , P P 1-18 .

المعاق، والتى عادة ما تتبع مرحلة الصدمة النفسية، وبالتالى يتعرض الوالدان لردود فعل عضوية وعقلية وانفعالية سيئة تنعكس فى الإساءة الشديدة بأشكالها المختلفة فى التعامل مع الطفل المصاب بالأوتيزم(1).

كما أوضح " Sobesy 2002 " أنه رغم إثبات العلاقة بين إساءة المعاملة والإعاقة منذ سنوات عديدة إلا أن طبيعة هذه العلاقة ظلت غير واضحة حتى وقت قريب ، وأشار إلى أن هناك ثلاثة أنواع من العلاقات بين إساءة المعاملة والإعاقة وهى (أن إساءة المعاملة تسبب العديد من الإعاقات – أن الأطفال المعاقين أكثر عرضة للإساءة – أن هناك بعض العوامل الأساسية الطارئة تزيد من احتمال العنف والإساءة) وأشار أيضاً إلى أن حوالى 1 : 3 من الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة لديهم تاريخ مؤكد لإساءة المعاملة، وأنه من المحتمل أن كثيرين غيرهم قد مروا بإساءة المعاملة ولكن لم يتم الإبلاغ عنها أو إثباتها (2).

ويجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من اختلاف مفهوم مشكلة إساءة معاملة الأطفال ، وحجمها، وبعض أسبابها ومظاهرها فى المجتمعات الأجنبية عن المجتمعات العربية بصفة عامة والمجتمع المصرى بصفة خاصة، إلا أن هناك تشابه كبير فى الآثار المترتبة عليها سواء على المدى القريب أو على المدى البعيد

كما توصل " جمال مختار حمزة 2001 " (3) لعينة مكونة من (100) طفل تتراوح أعمارهم بين (11-13 سنة)، على أن سلوك الوالدين الإيذائى للطفل غالباً ما يؤدى إلى عدم شعورهم بالأمن النفسى.

---

(1) فهد حمد المغلوث : مدى احتياج أولياء أمور الأطفال المعوقين إلى برامج تدريب مجتمعية لتأهيل أطفالهم (مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد الثالث عشر، الجزء الثانى، 2002) ص ص 915- 918

(2) Sobesy, Dick: Exceptionality Education, And Maltreatment (Journal of Exceptionality , , V.10 , No.1 , 2002) , P P 26-46 .

(3) جمال مختار حمزة : سلوك الوالدين الإيذائى للطفل وأثره على الأمن النفسى له، مجلة علم النفس، الهيئة العامة المصرية للكتاب، العدد 58 ، 2001 ، ص ص 128 – 143 .

كما أشار Elklit & Brink 2003 فى دراسة لعينة قوامها (214) طفلاً من ضحايا العنف إلى أن الإساءة الجسمية والجنسية للطفل تقلل من شعوره بالأمان ومن قدرته على التعبير عن مشاعره ، وتزيد من شعوره بالإحباط واليأس [1].

وتستخدم طريقة العمل مع الجماعات مع الأطفال ذوى الأوتيزم لتحقيق أهداف علاجية بجانب أهدافها الإنمائية والوقائية، حيث تعمل على تخليص الطفل التوحدى من عدم قدرته على الاتصال، بجانب تخليصه من العزلة والانغلاق على الذات ومن محاولته الإساءة لذاته أو من السلوكيات النمطية المتكررة.

ومع غياب الوعى والإدراك لدى والدىّ الطفل ذوى الأوتيزم بطبيعة الاضطراب التوحدى وغموضه، وعدم إدراكهم أن السلوك الاجتماعى هو محور القصور لدى الطفل المصاب بالأوتيزم، وهو من أعقد أنماط السلوك، هنا يتعاظم دور مهنة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وطريقة العمل مع الجماعات بصفة خاصة .

وهذا ما أكدته العديد من الدراسات ومنها ما أشار إلى أن ممارسة طريقة العمل مع الجماعات ودورها فى تخفيف حدة الضغوط الملقاة على عاتق الوالدين بسبب الإعاقة وتؤثر على ردود أفعال الوالدين تجاه طفلهما المتوحد وتنتج الإساءة الوالدية تجاههم [2]. وهذا ما تشير إليه بعض الدراسات وتؤكد على دور مهنة الخدمة الاجتماعية بصفة عامة وطريقة العمل مع الجماعات بصفة خاصة فى العمل مع فئات المصابين باضطراب التوحد لتخفيف هذه الإساءة فى معاملتهم وذلك من خلال استخدام أساليب وتكنيكات الطريقة.

---

(1) Elklit Ask & Brink , Ole : Acute Stress Disorder in Physical Assault Victims Visiting A Danish Emergency Ward (Journal of Violence and Victims , V18 , No4, 2003) , PP 461-472.

(2) محمد دسوقى حامد : تطبيق تكنيكات خدمة الجماعة مع جماعات الآباء ومواجهة سوء معاملة أعضائها لأطفالها (المؤتمر العلمى الرابع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان، الجزء الثانى، 2001)، ص ص 307-347.

ويكون سبيل طريقة العمل مع الجماعات فى تغيير الآراء والمعتقدات والأفكار الخاطئة وإحداث تلك التغييرات لدى (آباء – وأمهات) الأطفال ذوى الأوتيزم هو استخدام التكنيكات والنماذج والأساليب والاستراتيجيات الخاصة بها ومنها [1]:

(المناقشة الجماعية – المحاضرات والندوات – لعب الأدوار – نموذج حل المشكلة – النمذجة – التغذية المرتدة – الواجبات المنزلية) واستغلال وتوظيف تلك النماذج والتكنيكات والأساليب حسب مقتضيات أو طبيعة ونسبة الإعاقة مع التركيز على جوانب القوة لدى الطفل المصاب بالأوتيزم وأيضاً لدى والديه لتدعيمها وتحسينها واستخدام كل ذلك وتجنيده فى مواجهة ظاهرة إساءة معاملة الأطفال ذوى الأوتيزم من قبل والديهم وأن تغيير اتجاهات الآباء والأمهات سوف يتبعه تغيير فى سلوكياتهم تجاه أطفالهم والحد من الإساءة إليهم فى معاملتهم مما ينعكس على التخفيف من حدة المشكلة لدى أطفال الأوتيزم .

(1) أميرة عبدالعزيز : استخدام أسلوب النمذجة فى خدمة الجماعة وإعادة تأهيل أمهات الأطفال المساء معاملتهم، مؤتمر طموحات الخدمة الاجتماعية وقضايا التحديث، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المؤتمر العلمى السابع عشر، المجلد ا، 2004.

الفصل الثانى
التـوحـد

مقـــدمه

أولاً: مفهـــوم إعاقـــة أطفـــال الأوتيـــزم

ثانياً: مظاهر وأعراض الإصابة بإعاقة الأوتيزم

ثالثاً: تـشخيـص الإصابـــة بإعاقـــة الأوتيـــزم.

رابعاً: العوامـــل المفســـرة لحـتـدوث الأوتيـــزم.

خامساً: حاجات ومشكلات أطفال الأوتيزم وأسرهم.

مقدمـــة :

تتمثل إحدى مؤشرات حضارة الأمم وارتقائها فى مدى عنايتها بتربية الأجيال بمختلف فئاتهم. ويتجلى ذلك بوضوح فى مدى العناية التى نوليها للأطفـــال ذوى الاحتياجات الخاصة وتوفير إمكانات النمو الشامل لهم من جميع النـــواحى ممـــا يساعد فى إعدادهم لحياة شخصية واجتماعية واقتصادية ناجحة يؤدى فيهـــا كـــل منهم دوره فى خدمة المجتمع مهما كان حجم اسهامة. أما إهمال هذه الفئة فيؤدى إلى تفاقم مشكلاتهم وتضاعف إعاقتهم ويصبحون عالة على أسرهم ومجـــتمعهم. ومن هنا يلزم التدخل بالبرامج التدريبية المختلفة لمواجهة مثل هـــذه المـــشكلات المترتبة على الإعاقة.

ففى بداية القرن الثامن عشر بدأت الرعاية المنظمة للمعاقين حيـــث أصبـــحت قضية تعليم المعاقين تحتل مكانه كبيرة على المستويين المحلى والعالمى وأصبحت هناك اتجاهات تتزايد قوتها يوما بعد يوم تنادى بضرورة أخذ هؤلاء الأطفال فـــى الاعتبار للوقوف على أفضل الأساليب الملائمة للتعامل معهم، وضرورة تنوع هذه الأساليب وفقا لنوع الإعاقات، واختلاف الفروق الفردية بين أفرادها.

ومن هذا المنطلق زاد الاهتمام برعاية المعاقين وتأهليهم حيث أنشئت المدارس وَوُضِعَتْ تشريعات تكفل للمعاقين بعض المزايا والحقوق التى تحقق لهم الاستقرار كما تضافرت جهود العلماء فى سبيل تأهيلهم وتنمية ما تبقى لديهم من قدرات [1].

ومن بين الفئات ذوي الاحتياجات الخاصـة والتـي لـم تلقـى الاهتمـام الكـافي فـي الدول العربية فئة التوحديين autism .

وتعد رعاية المعاقين من ذوى الاحتياجات الخاصة من المشكلات المهمة التى تواجه المجتمعات إذ لا يخلو مجتمع من المجتمعات من وجود نسبة لا يستهان بها من أفراده ، ومن يواجهون الحياة وقد أصيبوا بنوع أو أكثر من أنواع الإعاقة التى

---

(1) إلهامى عبد العزيز إمام: سيكولوجية الفئات الخاصة دراسة فى حالة الذاتويـــة. ط1، دار الكتـــب، القاهرة ، 1999، ص 48.

تقلل من قدرتهم على القيام بأدوارهم فى المجتمع على الوجـه المقبـول مقارنـة بالأشخاص العاديين، كما صاحب وجودها تباينا فى وجهات نظر المجتمعات حيث لاقت هذه الفئة من ذوى الاحتياجات الخاصة الكثير من المعاملات التى اختلفـت باختلاف فلسفة كل مجتمع من المجتمعات، فتدرجت المعاملة مع هذه الفئـة مـن الازدراء والقسوة ومحاولة التخلص منهم إلى الإشـفاق علـيهم، والتوجـه إلـى رعايتهم تحقيقا لمبدأ تكافؤ الفرص بين الأسوياء.

وإعاقة التوحد تعد من الاضطرابات النمائية ،وهى إعاقة ليست نـادرة وتمثـل نسبة لا يمكن تجاهلها، ولكنها لم تنل حظها من الاهتمام على المستوى البحثى فـي الدول النامية، فى حين أننا نجد اهتماماً متزايداً فى الدول المتقدمة، وقد زاد الاهتمام نسبيا بهذه الفئة فى البلاد العربية خلال السنوات العشرة الأخيرة، ويعتبر ليوكـانر Leo-kanner (1943) أول من أشار إلى إعاقة التوحد كاضطراب يحـدث فـى الطفولة، وقد استخدمت تسميات كثيرة ومختلفـة لهـذه الإعاقـة مثـل الذاتويـة، والإجترارية، والتوحدية، الاوتيستك، والانغلاق الذاتى (الانشغال بالذات)، والـذهان الذاتوى، وفصام الطفولة ذاتى التركيب، والانغلاق الطفولى، وذهان الطفولة لنمـو (أنا) غير سوى [1].

وقد ظهر مصطلح التوحد في العالم العربي في السنوات الأخيرة، وأصـبح هذا المصطلح معروفاً في العقد الأخير من القرن العشرين، وتزامن استخدام هـذا المصطلح مع وجود اهتمام كبير في مجال التوحد من قبل المختصين في مجـال التربية الخاصة والمجالات المرتبطة بالإعاقة ، مثل علم النفس، وطب الأطفـال والأعصاب، والقياس والتقويم، وعلم السلوك، وعلم الاجتماع وغيرها [2]. ويعتبر الأطفال ذوي إعاقة التوحد احد فئات التربية الخاصة، وأول من أشار إلـى هـذه

---

(1) محمد أحمد خطاب: سيكولوجية الطفل التوحدى، تعريفها – تصنيفها – أعراضها – تشخيـصها – أسبابها – التدخل العلاجى. ط1، دار الثقافة، عمان، 2005، ص 9.

(2) عبد الرحمن سيد سليمان: اضطراب التوحد. طـ3، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2004، ص89.

الإعاقة هو الطبيب النفسي الأمريكي ليو كانر Leo Kenner عام 1943، عندما قام بفحص مجموعة من الأطفال المتخلفين عقليا بجامعة هارفارد في الولايات المتحدة الأمريكية ، ونشر بحث بعنوان " اضطراب التوحد للتواصل العاطفي " وذلك نتيجة عمله مع احد عشر طفلا يشتركون في كثير من الخصائص ، بعدما لفت انتباهه وجود أنماط سلوكية غير عادية لـ (11) طفلا أطلق عليهم مصطلح اضطراب التوحد Autism Disorder ، حيث لاحظ انغلاقهم الكامل على ذواتهم وعن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد، حتى لو كانت أسرهم التي ينتمون إليها، والابتعاد عن الواقع، والانطواء والعزلة، وعدم التجاوب مع المثيرات البيئية التي تحيط بهم كما لو كانت حواسهم قد توقفت عن ترجمة أي من المثيرات الخارجية إلي أعماقهم، وبذلك اصحبوا في حالة انغلاق تام [1].

وجاء هذا الفصل ليلقى الضوء على إعاقة الأوتيزم من حيث توضيح مظاهر وأعراض الإصابة بإعاقة الأوتيزم، وتناول الفصل أيضاً في بقية عناصره تشخيص الإصابة بإعاقة الأوتيزم وتم عرض للعوامل المفسرة لحدوث الأوتيزم وكذلك عرض لحاجات ومشكلات أطفال الأوتيزم وأسرهم.

وتعتبر إعاقة التوحد من الاضطرابات النمائية الأكثر شيوعا في الوقت الحاضر والتي يبدأ ظهورها خلال مرحلة الطفولة المبكرة، فالأطفال التوحديين يعانون من قصور شديد في التفاعل الاجتماعي، لذا فهم يمثلون فئة تتميز عن غيرها من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة بما يجعلهم في حاجة إلى رعاية خاصة.

اولا: مفهوم الإعاقة :

(أ) تعريف الإعاقة :

تعرف الإعاقة بصفة عامة بأنها: الضرر الناتج عن القصور الذي أدي إلي العجز

---

(1) وفاء الشامي: أسباب التوحد ، ط1، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر، الرياض، السعودية، 2004، ص136.

الوظيفي الدائم في قدرات الشخص الذهنية أو الحسية أو الجسمية أو النفسية [1].

ويشير مفهوم آخر للإعاقة علي أنها: حالة من عدم القدرة علي تلبية الفرد لمتطلبات أداء دورة الطبيعي في الحياة، والمرتبط بعمره وجنسه وخصائصه الاجتماعية والثقافية، وذلك نتيجة الإصابة أو العجز في أداء الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية[2].

وتعرف الإعاقة علي أنها: نقص عقلي أو بدني يمنع أو يحد من قدرة الفرد علي أن يؤدي وظائفه كالآخرين[3].

وهناك تعريف آخر بأنها: النتيجة المجمعة للعوائق والعقبات التي يسببها العجز بحيث تتداخل بين الفرد وأقصي مستوي وظيفي له مما يعطل طاقته الإنتاجية[4].

ويعرف فيكي لويس Lewis Vicky **بأنها** : أي فقد أو انحراف في البناء العقلي أو الجسمي أو النفسي أو الاجتماعي" [5].

وتصنيف الإعاقة حسب نوعها كالتالي: [6].

أ-**الإعاقة العقلية** Mental Disability : مثل الذهان والصرع والتوحد Autism.

---

(1) علي عبد الفتاح المخزنجي: قضية الإعاقة، والمعوقين ورعايتهم، مشروع رعاية وحماية الأطفال متحدي الإعاقة، المجلس القومي للإعاقة والطفولة، القاهرة، 1999، ص:7.

(2) ماهر أبو المعاطي علي: الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعاقين، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، القاهرة، جامعة حلوان، 2000، ص:110.

(3) أحمد شفيق السكري: قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2000، ص: 237.

(4) الجمعية النسائية بجامعة أسيوط للتنمية، منتدى التجمع المعني بحقوق المعاق: رعاية المعاقين بين الشرائع السماوية (مركز خدمات المنظمات غير الحكومية، القاهرة، 2004) ص:1.

(5)Lewis, vicky: Development and Disability (Malden, Blackwell publishing, 2 nd Ed., 2003) P 20.

(6) عبد المطلب أمين القريطي: سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم دار الفكر العربي، ط1، القاهرة، 1996، ص 174.

ب-**الإعاقـة الحسية** Sensory Disability : مثـل الـصمم Deafness وكف البصر Blindness.

ج-**الإعاقة الجسدية** Physical Disability: وقد تكون حركيـة Motor مثل المقعدين، ومبتورى الأطراف، أو مرضية مثل الإيدز والسرطان والسكر والفشل الكلوي.

د-**الإعاقة النفسية**Psychological Disability: مثل الخـوف المرضـي أو الاضطرابات السيكوسوماتيه و العصابية.

هـ- **الإعاقة الاجتماعية** Social Disability: مثل الأحـداث الجـانحين وأطفال الشوارع والمتسولين، وهي الفئات التي تعاني من عدم قـدرتها علـي التوافق الاجتماعي مع بيئاتها.

(ب) مفهوم إعاقة الأوتيزم:

ـ ترجمة المصطلح:

جذب Autism انتباه كثير من العلماء، وكانت ترجمة هذا المـصطلح مـسار بحث، حيث أتضح أن المجتمع العربي قد استعان بـثلاث مـصطلحات عربيـة، للتعبير عن هذا المفهوم:-

هذه المصطلحات هي:

1-الذاتوية.

2-الإجترارية.

3-التوحدية.

1ـالذاتويـة:

بالبحث عن الترجمة الحرفية لمصطلح "Autism" أنها تتكون من جزئيين هما "AUT-I SM".

أما A U T فهي بادئة يونانية الأصل معناها ذاتي أو تلقائي، أو النفس، أو ما

يتعلق بالنفس ما تدفعه أو تسييره النفس [1].

بينما ترجم حامد زهران، 1972 المصطلح Autism علي أنه أناني، تلقائي، حــول الذات، أو إجترارى. وأن "AUT"تعني ذاتي، آلي، تلقائي، أو بذاته.

كما جاءت في قاموس المورد ترجمه "AUT" بأنها بادئة معناها ذاتي[2].

وبالبحث عن كلمة ذاتوية في المعجم الوجيز تبين أن مصدرها هي ذات، وأن ذات الشيء هي حقيقته وخاصته، ويقال عيب ذاتي: أي عيب جبلي أو خلقي كما أشير إلي أن الذاتية هي انغلاق الذات، انفصام أو اجترار عقلي[3].

وفي موسوعة التربية الخاصة ترجمه كلمة "AUTISM" بأنها الانشغال بالذات الأنانية ولها تعريفين هما[4] :

أ-اضطراب إتصالي خطير وسلوك يبدأ في أثناء مرحلة الطفولــة المبكــرة، وعادة ما يبدأ قبل 30شهراً وحتى 42شهراً من عمر الطفل، ويتصف بــالكلام عديم المعني، وينسحب داخل ذاته، وليس لدية اهتمام بالأفراد الآخرين، وسريع التأثر والتعلق بالآخرين، وقد يكون المصاب لديه أحيانــاً ميــول للحيوانــات. ويسمي الانشغال الطفولي بالذات أو عرض كانر.

ب-تمثل التخيلات مع استبعاد الاهتمام بالواقع وهو عرض من أعراض الفصام.

2.الإجترارية:

من الناحية اللغوية عرفت الموسوعة العربية الميسرة الإجترار بأنــه عمليــة إرجاع الطعام إلي الفم بعد وصوله إلي المعدة، وهو معروف في جماعة كبيرة من الثدييات ذوات الظلف المشقوق، وتعرف بالمجترات، كالبقر، والجاموس، والغنم،

---

(1) كمال دسوقي:"ذخيرة علوم النفس" المجلد ا، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة، 1988، ص 85.

(2) منير البعلبكي: قاموس المورد، دار العلم للملايين، 1994، ص 278.

(3) مجمع اللغة العربية: "المعجم الوجيز"، طبعة خاصة بوزارة التربية والتعليم، القــاهرة، 1993، ص 623.

(4) عادل الأشول: "موسوعة التربية الخاصة"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1987م، ص 112.

والماعز، والإبل، والأيائل، والظباء. وربما يكون الاجترار قد نشأ فيها لمحاولتها تجنب الحيوانات الكاسرة التي تهاجمها، وذلك بأن تلتهم كميات كبيرة من الغـذاء، ثم تنتحي مكاناً مأموناً تمضغه فيه علي مهل[1].

وهناك آخرون عرفوا الاجترار من الناحية الإكلينيكية بأنـه إهتمـام مرضـي بالنفس، مع عدم مبالاة بالآخرين من الناس، مع ميـل للتراجـع إلـي الخيـالات الباثولوجية إنه الميل إلي أن يكون منظم تفكير المرء أو إدراكه حاجاتـه ورغباتـه الشخصية، بغير وجه حق، وعلي حساب التنظيم القائم علي الحقيقة الموضـوعية، وفهم العالم الخارجي علي أنه أقرب لرغبات المرء مما هو في حقيقته.

كذلك أضاف البعض أنه هو الإحساس باللذة في الخيالات Phantasies، بحيث تصور الحقيقة في إطار تحقيق الرغبة ويكون ذلك من خلال:[2]

أ-التفكير الذي تحكمه الحاجات الشخصية أو النفس.

ب-إدراك العالم في حدود الرغبات باعتبارها معارضة للحقيقة.

جـ-الانشغال المفرط أو الاهتمام البالغ بأفكار المرء وتخيلاته الخاصة.

في حين عرف معجم علم النفس الإجترار علي أنه عرض يتواجد لدي العديـد مـن الحالات المرضية: "انسحاب الفرد من الواقع إلي عالم خـاص مـن الخيـالات والأفكار، وفي الحالات المتطرفة يتضمن توهمات وهلوسات. وقد أعتقد ذات مرة أن الإجترارية هي الخاصية الأولي للفصام، ولكنها تلاحظ الآن في اضـطرابات أخري مثل ذهان الشيخوخة، وزملة أعراض كانر (إجترارية طفليه مبكرة) وفـي بعض حالات الاكتئاب، والشخص الإحترازي شخصية مغلقة، وهو ملتفـت إلـي داخله، والشخص الإجتراري منشغل دائماً بحاجاته ورغباته، التي تم إشباعها كلية أو إلي حد كبير في الخيال".

---

(1) محمد شفيق غبريال: الموسوعة العربية الميسرة، 1965، ص 54.

(2) كمال دسوقي: مرجع سبق ذكره، ص 86.

كذلك وصف معجم علم النفس الطفل الذاتي أو الإحترازي ، بأنه طفل فقد الاتصال بالآخرين أو لم يحقق هذا الاتصال قط، وهو منسحب تماماً ومنشغل انشغالا كاملاً بخيالاته وأفكاره وبالأنماط السلوكية المقولبه كبرم الأشياء، أو لفها أو هزها. ومن خصائصه الأخري اللامبالاة إزاء الوالدين والآخرين، والعجز عن تحمل التغيير، وعيوب النطق أو الخرس(1).

3ـالتوحدية:

وبالبحث عن مصطلح (توحد) في المعجم الوجيز أتضح أن التوحد بالرأي هو التفرد به، وأن الوحدة هي الانفراد بالنفس، بينما الوحيد هو المنفرد بنفسه. وفي مجال الاقتصاد السياسي يستخدم مصطلح توحيد النمط، ويقصد به اقتصار المنشآت علي إنتاج نموذج واحد أو نماذج قليلة من السلع لتوفير الإنتاج.

أما من الناحية الدينية فإن الوحدانية هي صفه من صفات الله تعالي، **معناها** أنه يمتنع أن يشاركه شيء في ذاته أو صفاته، وأنه منفرد بالإيجاد والتدبير العام بلا وساطة.

وهكذا يمكن ملاحظة انه من الناحية اللغوية يعتبر مصطلح "التوحد" هو أفضل المصطلحات المستخدمة للتعبير عن الظاهرة مجال البحث حيث أن الطفل الذي نحن بصدد دراسته يتّصف بأنه لا يستجيب لأراء الآخرين بسهولة فهو منفرد برأيه، كما أنه منعزل ، يفضل أن يبقي وحيداً حتى لو تواجد معه أحد بالغرفة فإنه لا يتفاعل معه، هذا بالإضافة إلي أنه ينتج عدد محدود من الاستجابات المتكررة، وأخيراً يتصف الطفل بالامتناع عن مشاركة الآخرين. في ذاته وينفرد بتدبير احتياجاته بقدر إمكانه. أما بالنسبة بمصطلح "إجترار" فهو لا يضيف إلا الجزء المتعلق باستعادة ما تم اكتسابه في أوقات لا حقه بعيداً عن الآخرين. ولكنه لا يقدم المعني الشامل للمفهوم الذي تتعامل معه الدراسة الراهنة.

---

(1) جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي: "معجم علم النفس والطب النفسي" ج 1، دار النهضة العربية، القاهرة، 1988، ص 69.

(جـ) مفهوم أطفال الأوتيزم Autistic Childrens

يعرف طفل الأوتيزم علي أنه: أحد الأطفال غير العاديين وهو من فقد الاتصال بالآخرين وهو منسحب تماماً ولديه أنماط سلوكية غير مقبولة(1).

وعلي هذا فطفل الأوتيزم : هو من لدية اضطراب نمائي وسلوكي يؤثر علي التفاعل الاجتماعي والاتصال مع الآخرين، ويتحدد نشاطه واهتمامه في أمور نمطية وروتينيه(2).

ومنذ ظهور مصطلح (التوحد) في منتصف الخمسينيات من خلال فحص مجموعة من الأطفال ذوي الإضطرابات السلوكية وكان من الواضح أن هناك أنماط سلوكية غير سوية تشير إليها تقارير هؤلاء الأطفال وتدل علي وجود مجموعة من الأعراض التي يعاني منها طفل الأوتيزم وتتسبب في وجود اختلافات بين الطفل المتوحد وبين أقرانه من الأطفال الأسوياء(3).

ويتميز أطفال الأوتيزم كما وصفهم "كانر" بعدم قدرتهم علي التعامل مع الآخرين في مواقف الحياة الأولي، وأشار "كانر" بأن الوالدين يصفون أبنائهم وكأن لديهم اكتفاء ذاتي "Self Sufficient" وتقوقع واستمتاع بالوحدة وعدم الإحساس بوجود الآخرين(4).

ويري البعض أن أطفال الأوتيزم يتصفون بالإنطوائية علي الذات وانخفاض القدرة علي إقامة علاقات اجتماعية متكافئة وتظهر لديهم مؤشرات الاضطراب في الانتباه للمثيرات الخارجية واللغة والتواصل اللفظي(5).

---

(1) محمد إبراهيم عبد الحميد: الطفل الذاتوى- برامج تنموية لبعض المهارات، دار الفكر العربي، القاهرة، 2003، ص 207.

(2) لطفي الشربيني: الأوتيزم (التوحد) الأسباب والأعراض وآفاق العلاج، دار الثقافة العلمية، الإسكندرية، 2001، ص 58.

(3) Paticia. Howlin: Autism preparing paradulth- hood (N.Y:Routledge, 1997)P.9.

(4) Nelson. R,W. and Israel, A.c , Behaviour Disorders of childhood prentice, Hall inc, Second edition, 1991, p.270.

(5) محمد علي كامل: من هم ذوي الأوتيزم، مرجع سبق ذكره، ص 3.

ويشير آخرون إلي أن طفل الأوتيزم يدرك الآخرين ولكنه يعتبرهم لا يختلفون عن المنضدة أو الكتاب(1).

وبتحليل التعريفات السابقة نجد أن جميعها قد أشارت إلي مجموعة من الأعراض تمثلت في المظاهر التي حددها المركز الطبي بمدنية ديترويت الأمريكية Detroit Medical Center1998 والتي تميز أطفال الأوتيزم في المجالات التالية(2) :

أ-التواصل :

يلاحظ علي الطفل أن لغته تنمو ببطء أو لا تنمو علي الإطلاق، كما أنه يستخدم الكلمات دون أن يكون لها معني، ودائماً ما يقوم بتكرار غير ذي معني لكلمات أو عبارات ينطق بها شخص آخر، وفي أغلب الأحيان يستخدم الإشارات بدلاً من الكلمات، ولا يلجأ للحديث للتواصل ذو المعني وإلي جانب ذلك فإن الانتباه لديه يتسم بضعف وقصور شديد.

ب-العلاقات الاجتماعية :

يفشل طفل الأوتيزم في التفاعل مع القائمين علي رعايته إذ أنه يقضي جزءاً كبيراً من الوقت منعزلاً وحيداً بدلاً من تواجده مع الآخرين، كما أنه لا تبدو عليه السعادة أبداً، إلي جانب أنه يعاني من قصور في الاهتمامات الاجتماعية مقارنة بأقرانه في مثل سنه، فيبدى قدراً من الاهتمام بتكوين علاقات وصداقات، وتقل استجابته للإشارات الاجتماعية كالتواصل بالعين أو الابتسام مثلاً.

ج-العمليات الإدراكية والحسية :

وقد يبدو طفل الأوتيزم وكأنه أصم حتى وإن كانت قدرته علي السمع عادية، وإذا تمت مضايقته قد يلجأ إلي الضوضاء الشديدة، وقد يضع أصابعه في أذنيه أو يغطيها عند سماع أصوات معينه، ولا يحب أن يلمسه أحد.

---

(1) Sueatal D.Mes: Understanding Abnormal Behavior, Houghton Mifflin company Boston, N.Jersy , 4th Ed 1994, p.444.

(2) عادل عبد الله محمد: مقياس الطفل التوحدي، دار الرشاد، القاهرة، 2003، ص ص12-13.

كما قد يكون لديه إما فرط حساسية للألم أو نقص في الحساسية للألم، كما قد تتأثر حواسه للمثيرات المختلفة إلي درجة أقل أو أكبر بكثير من أقرانه وهو ما يعد بمثابة ردود فعل غير عادية للاحساسات العادية.

د- السلوكيات :

يحدث سلوك متكرر نمطي من جانب الطفل بداية من العام الثاني من عمره ، كما تتضمن الحركات الجسمية العامة التي قد يأتي بها تشبيك الأيدي أو ثنيها ، أو ضرب الرأس بالحائط، وقد يبدي سلوكيات عنيفة أو عدوانية أو يجرح أو يؤذي نفسه، كما يفتقر بشكل واضح إلي الوعي والإحساس بالأمان، وتنتابه نوبات غضب وبكاء مستمرة دون أن يكون هناك سبب واضح لذلك.

هـ- اللعب :

يتسم طفل الأوتيزم بقصور أو نقص في اللعب التلقائي أو التخيلي، كما لا يبدي أى مبادرات أو محاولات للعب مع الآخرين. وبالرغم من معاناة أطفال الأوتيزم من تلك المظاهر والأعراض إلا أن هناك دلائل تشير إلي أن التدريب يمكن أن يكون فعالاً ليس فقط في تخفيف أعراض التوحد بل التصدي إلي بعض صعوبات الاجتماعية والنفسية والتعليمية والتدريبية المرتبطة برعاية أطفال الأوتيزم، وتشير العديد من الدراسات إلي أن والدى أطفال الأوتيزم يحتاجون لفهم أساليب التفكير والتعلم لهؤلاء الأطفال ولكن في الوقت نفسه يمكن توجيههم ليكون العمل أكثر فعالية[1]. وإرشادهم للأساليب الفعالة في مواجهة الصعوبات التي تواجه أطفالهم المصابون بالأوتيزم وهذا جزء هام مما تعالجه الدراسة الحالية.

ومن الأكيد أن لكل طفل توحدي مجموعة من الخصائص الخاصة بحالته دون وجودها عند الآخرين علي الرغم من اتفاق هؤلاء الأطفال في مجموعة من الخصائص المشتركة التي تعبر عن حالتهم التوحدية[2]. ولذلك يجب أن نشير إلي

---

(1) Rita Jordana and Stuart Powell: understanding and teaching children with Autism, (England: Johnwiley and sonsltd, 1995.) p.1.

(2) Frances tustun. Autistic statesin children "Revised Edition" (N.Y.) Owtledge, 1992, P 127 .

ضرورة المرونة عند التخطيط لعمل تدريبات علي المهارات والبرامج الخاصة بأطفال الأوتيزم[1]. -

ولكن ما نحاول اقتراحه والتأكيد عليه في هذه الدراسة أن يكون للوالدان والمحيطين بطفل الأوتيزم دور في أحداث تلك المرونة وخلق تلك المرونة عند التعامل مع هؤلاء الأطفال وحسب إمكانيات وقدرات حالة كل طفل من المصابين بالاوتيزم.

ويقصد بطفل الأوتيزم نظرياً في هذه الدراسة:

هو ذلك الطفل الذي يعاني من قصور في قدرته علي التواصل اللفظي وغير اللفظي البصري مع عدم قدرته علي التعبير عن احتياجات رعاية الذات بالإضافة إلى محاولته الإساءة لذاته وإساءة الوالدين إليه، وتم تشخيص حالته علي أنها توحد بسيط وفقاً لقائمة الأعراض الواردة بالدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية.

ويتحدد مفهوم طفل الأوتيزم إجرائياً في هذه الدراسة علي أنه:-

أ-هو الطفل الذي يعاني من قصور في قدرته علي التواصل اللفظي والبصري.

ب-الطفل الذي تم تشخيص حالته بواسطة الخبراء والمتخصصين علي أنه توحد.

ج-الطفل الذي يعجز عن التعبير عن احتياجات رعاية الذات.

د-الطفل الذي يعتدي علي نفسه محاولاً الإساءة لذاته.

هـ-الطفل الذي يتعرض للإساءة الجسدية ويؤدي إلي إصابته بأذى جسدي تتراوح درجته بين متوسطة وخطيرة نتيجة سلوك الأب والأم أو كليهما العنيف ويصدر هذا السلوك عن قصد وبشكل متكرر ومنتظم وهذا السلوك يعترف به الطفل أو أحد والديه.

---

(1) Hugh Morgan, Adults With Autism a guide to Theory and Practice (London, Combridge university Press , 1996 ,) , P 87 .

و-الطفل الذي يتعرض للإساءة الإنفعاليه باللامبالاة من أحد الوالدين أو كليهما إضافة إلي تجاهل احتياجاته الأساسية وسلبيتهما المتمثلة في التهديد بصورة مؤذية وانتقادهما الدائم والسخرية منه، والطفل الذي يتعرض للإهمال المتمثل في فشل الوالدين في العناية به، وإمداده باحتياجاته من (مأكل، وملبس، ومأوي، وعناية طبية) .

ويتعرض الطفل لهذا الإهمال بأنواعه المتعددة:

أ-الإهمال الجسدي. ب-الإهمال الطبي. ج-الإهمال التعليمي.

ثانيا: مظاهر وأعراض الإصابة بإعاقة الأوتيزم

يتميز التوحد بمجموعة من الأعراض التى يمكن الرجوع إليها عند التشخيص، وتتمثل هذه الأعراض فيما يلى:

1) ضعف التفاعل الاجتماعي:

يعتبر ضعف التفاعل الاجتماعى من أكثر الأعراض دلالة على وجود إعاقة التوحد، حيث إن الطفل التوحدى يبتعد عن إقامة علاقات اجتماعية مع غيره، ولا يرغب في صحبة الآخرين، أو تلقى الحب والعطف منهم، كما أنه لا يستجيب لانفعالات الوالدين، أو مبادلتهم نفس المشاعر، ولا يستجيب لما يصل إليه من مثيرات من المحيطين به في بيئته ، ويظل الطفل معظم وقته ساكنا لا يطلب من أحد الاهتمام به، وإذا ما ابتسم فإنما يكون لأشياء دون الناس [1]، ويضيف أن الطفل التوحدى يعانى من الوحدة الشديدة ، وعدم الاستجابة للآخرين الذى ينتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم، وقصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين ، وعدم الاندماج مع المحيطين به، وعدم استجابته لهم، وميله الدائم للتوحد بعيدا عنهم، ومقاومته لمحاولات التقرب منه أو معانقته[2].

(1) محمد أحمد خطاب: سيكولوجية الطفل التوحدى، تعريفها – تصنيفها – أعراضها – تشخيصها – أسبابها – التدخل العلاجى، ط1، دار الثقافة، عمان، 2005، ص 15.

(2) كمال عبد الحميد زيتون: التدريس لذوى الاحتياجات الخاصة،ط1،عالم الكتب،القاهرة،2003،ص25.

وتشير [1] أن القصور في السلوك الاجتماعي لأطفال التوحد يمكن تحديده بثلاثة مجالات هي:

(أ) التجنب الاجتماعي Socially Avoidant:

يتجنب أطفال التوحد كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص الذين يودون التفاعل معهم.

(ب) اللامبالاة الاجتماعية Socially in different:

وُصِفَ أطفال التوحد بأنهم غير مبالين ، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين.

(ج) الإرباك الاجتماعي Socially awkward :

يعانى أطفال التوحد من صعوبة في الحصول على الأصدقاء، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي. ويؤكد على ما سبق دراسة جيلسون [2] التى هدفت إلى الكشف عن الفروق بين الأطفال التوحديين، والأطفال المتخلفين عقليا في المواقف، والتفاعلات الاجتماعية، والسلوك الانسحابى من خلال برنامج تدريبى على تنمية بعض المهارات الاجتماعية، حيث أوضحت نتائجها أن الأطفال التوحديين هم الأقل في تفاعلاتهم الاجتماعية، والأكثر انسحاباً من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، وذلك قياساً بأقرانهم المتخلفين عقليا.

وكذلك دراسة كاربنتيورى ومرجان [3] التى استهدفت التعرف على السلوك الاجتماعى، والسلوك الموجه لدى الأطفال التوحديين، والأطفال المتخلفون عقليا

---

(1) سوسن شاكر الجلبى: التوحد الطفولى " أسبابه – خصائصه – تشخيصه – علاجه"، مؤسسة علاء الدين، ط1، دمشق – سوريا، 2005، ص 55.

(2)Gillson,. Autism and social behavior Bethesda M.D., Autism Society of America. 2000.

(3) Carpenturi & morgan. Adaptive and intellectual functioning in autistic and no autistic retarded children, Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. (26), No. (6), 1996, pp. 611-620.

والتى بينت نتائجها أن الأطفال التوحديين يعانون مـن قـصور فـى التبـادل ، والتواصل البصرى بالعين ، والتواصل مع الآخرين بشكل حاد وذلك بمقارنتهم مع الأطفال المتخلفين عقليا .

وتتفق معهم دراسة جانزليا[1] التى أشارت إلى أن الأطفال التوحديين فى حاجة ماسة للبرامج العلاجية لكونهم أكثر الأطفال من ذوى الاحتياجات الخاصة يعانون من حدة بعض الاضطرابات السلوكية، وكونهم أيضا اقـل تعلقـا مـن أقـرانهم المتخلفين عقليا، حيث لم يفضلوا صوت الأم بل أنهم كانوا يفضلون إما الضوضاء الناتجة عن أصوات مركبة، أو الانسحاب من المواقف الاجتماعية، وذلك بـشكل دال قياساً بأقرانهم المتخلفين عقليا الذين كانوا يفضلون صوت الأم.

2) القصور اللغوى:

يعتبر القصور اللغوى من الملامح الشائعة لإعاقة التوحد، وتتفاوت درجات هذا القصور وأشكاله من طفل إلى آخر، فيذكر كلا من ريتاجوردن، ستيوارت بيول[2] أنه يوجد لدى الأطفال التوحديين نقصا واضحا في اللغة، والاتصال اللفظى، وغير اللفظى، ويتسع مدى مشكلات اللغة المنطوقة لدى الأطفـال التوحـديين؛ فهنـاك مشكلات ترتبط بفهم تعبيرات الوجه واستخدامها، والإيماءات التعبيريـة، ولغـة الجسم، وموضع الجسم، ومشكلات أخرى ترتبط بفهم الحالات المختلفة لاستخدام اللغة، هذا بالإضافة إلى مشكلات ترتبط بالمعنى، والجوانب الخاصـة بـدلالات الألفاظ، والجوانب العملية للمعنى. ويرى "ماجد السيد عماره" 2005 أن مشكلات اللغة لدى حالات التوحد تتمثل في التأخر في الكلام، وفى نقص النمو اللغوى دون أن تكون هناك إشارات تعويضية، وأيضا استخدام الكلمات بشكل مفرط للحساسية والترديد لما يقوله الآخرون، والفشل في بدء المحادثة أو تدعيمها بشكل طبيعـى

(1) Ganzalea L. Social skills training to increase social interactions between children with autism and their typical peer. Journal Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, Vol. (12), No. (1), 1997, pp. 2-14.

(2) ريتا جوردن ، ستيورات بيول: الأطفال التوحديين ، جوانب النمو وطرق جوانب النمـو وطـرق التدريس، ط1، ترجمة رفعت محمود، عالم الكتب، القاهرة، 2007 ،ص 2.

الصعوبات الخاصة بالألفاظ والتصورات، الاتصال اللفظى غير الطبيعى من حيث (الإشارات أو التعبيرات الوجهية) [1].

ثالثا: تشخيص الإصابة بإعاقة الأوتيزم :

إنه لمن الضرورى تشخيص حالات التوحد حتى نستطيع الكشف عنها والتعامل معها، وهذا يتطلب التعرف على :

1- صعوبات التشخيص.
2- محكات التشخيص.
3- فريق العمل الإكلينيكى ودور كلا منهم في التشخيص.
4- التشخيص الفارق.

ويبدو الطفل المصاب بالأوتيزم في خلال شهوره الأولي كغيرة من الأطفال الأسوياء لا يختلف عنهم كثيراً، حيث لا تظهر أعراض التوحد واضحة خلال العام الأول من عمر الطفل إلا أنه قد تظهر بعض الأعراض المتمثلة في العنف الشديد والمقاومة عند قيام الأم برعايته، وفي بعض الحالات قد يظهر عكس ذلك حيث يسيطر علي الطفل الهدوء الزائد وعدم المبالاة أو عدم إصدار أي استجابة تجاه المحيطين، ويستمر هذا الوضع حتى العام التالي، حيث تبدأ أعراض الأوتيزم في الظهور بعد بلوغ الطفل لسن ثلاثون شهراً، وخلال العام الثالث يمكن إجراء الدراسة اللازمة لاختبار ما إذا كان الطفل يعاني من أعراض التوحد أم لا، ومن الجدير بالذكر أن التأخر في تشخيص حالة الطفل قد ترجع إلي عدم معرفة الوالدين بأعراض التوحد وعدم ظهور تلك الأعراض واضحة في هذا السن المبكرة من عمر الطفل[2].

---

(1) ماجد السيد عماره: إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2005، ص31 .

(2) Marian sigman and Lisa copps: children with AUTISM Development Perspective (N.Y:H arvard University press, 1997, p.12.

بالرغم من ذلك يلاحظ الوالدين تأخراً في مجالات اللغة والتواصل، أو اللعب أو العلاقات الاجتماعية، أو السلوكية أو العمليات الحسية والإدراكيه، كما قد يلاحظ الوالدان أن سلوك طفلهما يغلب عليه التبلد الانفعالي وعدم الاكتراث بمن حوله ويؤثر الانعزال والانسحاب في المواقف والتفاعلات الاجتماعية (1).

وقد أشار العديد من الباحثين إلي أن طفل الأوتيزم لديه مجموعة من الصفات والخصائص التى تميزه عن غيره من الأطفال، من خلال الدراسات الميدانية يتضح أن الأطفال ذوي الأوتيزم يعانون من ثلاث مشكلات رئيسية تؤثر علي استجاباتهم تجاه المحيطين وتضفي عليهم بعض الملامح التي تميزهم عن غيرهم من أقرانهم الأسوياء. تلك المشكلات تتمثل في قصور في التفاعل الاجتماعي، اضطراب في التواصل، السلوك النمطي والاهتمامات المحدودة .

ولقد حدد الدليل التشخيص الأخصائى الرابع (DSM-JV) ينص على أنه حالة من القصور المزمن فى النمو الارتقائى للطفل يتميز بانحراف وتأخر فى نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية وتشمل الانتباه، الإدراك الحسى، النمو الحركى، وتبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى وفيما يلى تفصيلاً لهذه المجموعات التى تمثل محكات تشخيص الاوتيزم كما جاءت فى (DSM-III-R) (2).

أ) عدم القدرة على التفاعل الاجتماعى المتبادل وتتمثل فى :

1-قصور وواضح فى فهم مشاعر وأحاسيس الآخرين والتعامل معهم كقطع أثاث.

2-عدم البحث عن الراحة وقت التعب عدم طلب المساعدة من الآخرين وقت الخطر

3-غياب القدرة على التقليد.

---

(1) عادل عبدالله محمد: جداول الذكاء المصور للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المتخلفين عقلياً، دار الرشاد، القاهرة، 2002، ص 29.

(2) محمد شوقى عبدالمنعم : فعالية برنامج إرشادى فردى لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوى للأطفال التوحديين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة طنطا، فرع كفرالشيخ، 2006.

4-عدم الرغبة فى اللعب مع الآخرين وتفضيل اللعب منفرداً.

5-عدم القدرة على تكوين صداقات مع الرفاق، وعدم الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية.

ب) قصور نوعى فى القدرة على التواصل اللفظى وغير اللفظى والنشاط التخيلى وتتمثل فى:

1-عدم القدرة على التواصل لغوياً بالآخرين، يظهر ذلك فى الكلام غير المعبر، ترديد اللغة المنطوقة.

2-عدم القدرة على التواصل غير اللفظى تظهر فى نظرات العين، فقدان الابتسامة، تعبيرات الوجه، الإيماءات والحملقة الثابتة فى المواقف الاجتماعية.

3-قصور واضح فى النشاط التخيلى يظهر فى اللعب التمثيلى لأدوار الكبار والشخصيات الخيالية وعدم الاهتمامات بالروايات الخيالية.

4-شذوذ واضح فى الحصيلة اللغوية يتضح فى الكم والإيقاع والأداء.

5-شذوذ واضح فى تركيب الجمل ومضمون التخاطب وترديد الكلمات المسموعة.

6-شذوذ واضح فى القدرة على بدء الحديث مع الآخرين واستمراره، 50% من الأوتيستك لايتكلمون.

ج) محدودية الأنشطة والميول والاهتمامات تتمثل فى :

1-حركات الجسم نمطية قسرية مثل رفرفة اليدين الدوران فى حركات دائرية، ضرب الرأس.

2-الاندماج فى التعامل مع أجزاء الأشياء أو الأدوات مثل سلسلة مفاتيح، شم الأشياء بدلاً من النظر إليها، حمل ورقة أو قطعة خيط أو شريط نيجاتيف أو زجاجة شامبو فارغة.

3-استجابات سلوكية شديدة العنف تجاه أى تغيير فى البيئة المحيطة مثل تغيير وضع فازة من مكان لآخر، فتحدث ثورة غضب يترتب عليها إيذاء النفس أو الغير.

4-إصرار والتزام شديد بالتفاصيل الدقيقة فى الروتين اليومى من حيث، المأكل، الملبس، اللعب، الحركة، الإصرار على الأساليب المعتادة عند الخروج فى جولة للشراء.

5-نقص ملحوظ فى الاهتمامات والأنشطة التى يندمج فيها مع أقرانه مثل الاهتمام بترتيب الأشياء فى صفوف وعواميد مما يمنع استخدامها فى نشاطات هادفة.

د) بدأ ظهور هذه الأعراض قبل اكتمال العام الثالث من العمر :

وقد تشابهت هذه المحكات مع ما جاء فى الدليل الطبى العالمى لتصنيف الأمراض فى طبقة العاشرة(ICD-10) من محكات تشخيصية للاوتيزم تتمثل فى[1]:

1- قصور نوعى فى التواصل.

2- نماذج محدودة ومكررة ونمطية من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة شذوذ واضح فى النمو يتضح وجوده فى الثلاث سنوات الأولى من العمر.

3- شذوذ واضح فى النمو يتضح وجوده فى الثلاث سنوات الأولى من العمر.

الاسس المعرفية لاعراض الاوتيزم :

إن الأطفال المصابين بأعراض التوحد لديهم مشاكل معرفية تؤثر على قدرتهم على المحاكاة والفهم، وتقلل من مرونتهم وإبداعهم وقدرتهم على وضع القواعد وتطبيقها، واستخدام المعلومات، بمعنى آخر هذه المشاكل تؤثر على تعاملهم وتكيفهم مع العالم المحيط [2].

ويشير روتر (Rutter 1983) إلى أن هذه المشاكل المعرفية لدى الطفل المصاب بأعراض التوحد هى مشاكل أولية وتسبب المشاكل الاجتماعية، وقد أكد ذلك الفرض

(1) Cambell, M; Etal: Diagnostic And Assessment Issues Related To Pharmacology Therapy For Children And Adolescents With, 1991, P.327.
(2) Werry, J.s: The Childhood psychoses , In H.C Quay & J.S Werry (Eds), Psychopathological disorders of Childhood , (2nd , ed) New York , Wiley , 1979 .

ما توصل إليه أورنتز وآخـــرون (Orintz & Ritvo , 1968) مـــن أن المـــشاكل الأساسية هى فى النمذجة، وإدماج المدخلات الآتية مـــن الحـــواس المختلفـــة [1].
فبالنسبة إلى الإدراك السمعى، من المعروف أن بعض الأطفال المصابين بأعراض التوحد لديهم حساسية شديدة للأصوات العادية، فى حـــين قـــد نجـــد آخـــرين لا يستجيبون للأصوات على الإطلاق ويتصرفون وكأنهم صم [2].

ويفسر هيرملين أوكونير **(Hermelin & Oconner 1970)** هذه الإدراكات غير الطبيعية على أنها السبب وراء عدم الحساسية الاجتماعية للأطفال المصابين بالتوحد [3].

واعتـبر روتـر **(Rutter , 1968, 1971)** أن المشكلة الأساســية هـــى فهـــم الأصوات بالإضافة إلى مشاكل إدراكية أخرى، فبينما يكون أداؤهم أفـــضل فـــى المهام الحسي الحركية، والمهام الحركية البصرية والذاكرة الحرفية، إلا أن أدائهم منخفض فيما يتعلق بمفاهيم الألفاظ [4]. ولعل هذا يفسر تأخـــذ الطفـــل المـــصاب بأعراض التوحد فى الكلام وقصوره فى التطور اللغوى، وهى قدرة تتطلب إدماج المدخلات الحسية المختلفة .

أما وينج **(Wing ,1969 ,1972)** فترى أن الإصابة بأعراض التوحد ليست نتاج إعاقة إدراكية أساسية وإنما هى نتاج مجموعة من الإعاقات الإدراكية[5].

---

(1)- Rutter M.&Garmezy , N. Developmental Psychology . in E.M Hetherington (ed), Handbook of child psychology , 4 , new york , wiley , 1983 .
- Ornitz ,E.M & Ritvo , E.R Perceptual Inconstancy in Early Infantile Autism, Archives of General Psychiatry , 18 , 76-98 , 1968 .
(2) – Perior , M.R & Gajzago : Early Signs Of Autism Medical Journal Of Australia, 1 Aug , 1974 .
- Jingtgen J.N & Coulter , sk Auditory control of operant behavior in mute autistic children perceptual and motor skills , 25-561-565-1967.
(3)Hermelin , B & O'Conner , N,: Psychological Experiments With Autistic Children Pergamon Press Inc ., New York , 1970 .
(4)Rutter, M: Infantile Autism: Concepts Characteristic and Treatment London , Churchill living stone , 1971 .
(5)Wing, L . : Autistic Children : Guide For Parents and Professionals , New York , Brunner , Niazel Pub , 1972 .

ويؤكد ذلك ما أقترحه لوفاس وزملاؤه (Lovaas etal 1979) من أن الطفل المصاب بأعراض التوحد يختار مركز انتباهه، ويحدده بدقة، وبسبب القصور في الإدراك، فهو لا يستطيع أن يدرك أكثر من مثير في آن واحد، أو أن يستنتج مفهوم معين من ربط مواقف ومثيرات مع بعضها ، إنه يركز على تفصيل معين ويتجاهل الصورة الكلية، وبما أن النمو الانفعالي والعقلي يعتمد على الربط بين مثيرين ، فالطفل السوى يربط عقلياً بين وجود الأم وإشباع حاجة الجوع، والحاجة إلى الحب عند التدليل، وبالتالي ينتج عن ذلك الحب للأم، الأمر يختلف بالنسبة للطفل المصاب بأعراض التوحد فهو لا يستطيع تقييم العلاقة بالأم لأنه يركز على مثير واحد قد يكون الطعام، ولا يربطه بالمثيرات الأخرى [1].

مؤشرات التشخيص الفارق بين التخلف العقلي والتوحد

أن معظم الباحثين المهتمين بتشخيص إعاقة التوحد يشيرون دائما إلى تشابه السلوك المرتبط بالتوحد مع أعراض إعاقات أخرى عديدة مثل التخلف العقلي، فصام الطفولة، اضطرابات التواصل، الإعاقة السمعية، صعوبات التعلم، الذهان.

ولكى نصل إلى تشخيص دقيق لإعاقة التوحد لابد من التعرف على أهم الفروق الجوهرية بين التوحد وتلك الإعاقات المصاحبة له:

التوحد والتخلف العقلي:

لقد اتفق كلا من [2]على بعض المؤشرات التى تسهل عملية التشخيص الفارقى،

---

(1)Lovass, I.O: Koegel, R. & Schreibman, L.: Stimulus Overselectivitv in Autism , a review of research , Psychological Bulletin , 86 , P P 1236 – 1254 , 1979 .

(2) عثمان لبيب فراج : الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة " تعريفها – تصنيفها – أعراضها – تشخيصها – أسبابها – التدخل العلاجى " ، المجلس العربى للطفولة والتنمية، القاهرة 2002، ص176.

– محمد قاسم عبد الله : "الطفل التوحدى أو الذاتوى ، الانطواء حول الذات و معالجته" اتجاهات حديثة، كلية التربية، جامعة حلب، دار الفكر، 2001، ص198.

– عبد المجيد منصور وآخرون: علم نفس الطفولة – الأسس النفسية والاجتماعية والهدى الاسلامى. القاهرة: دار الفكر العربى، 2003، ص181.

– عبد الرحمن سليمان: اضطراب التوحد ، ط3، مرجع سبق ذكره.

والتمييز بين إعاقة التوحد وإعاقة التخلف العقلى والتى تم تسجيلها من تجارب الملاحظة الموضوعية المقننة للإعاقتين وهى:

1-يتميز طفل التخلف العقلى بنزعته إلى التقرب والارتباط بوالديه والتواصل معهما ومع الكبار وغيره من الأطفال الأقران، وهى سمة اجتماعية غائبة تماما فى حالة طفل التوحد.

2-أن طفل التخلف العقلى يستطيع أن يبنى حصيلة لغوية، وأن يكتسب نموا فى اللغة، ولو أنه قد يتأخر فى بنائها إلى حد ما، ولكنه يستخدم القليل منها مبكرا فى التواصل مع أفراد أسرته وأقرانه؛ بينما الطفل التوحدى غالباً نموه اللغوى متوقف أو محدود للغاية، وحتى إذا وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات فمن النادر أن يستخدمها فى التواصل، ومن هنا يأتى قصور تدارك التعبير اللغوى أو استقباله، وإذا حدث وتكلم فان كلامه يكون مضطربا وخاليا من النغمات الصوتية التعبيرية التى تضفى على الكلمات معانى إضافية.

3-طفل التخلف العقلى لا يعانى من مشكلة رجع الصدى التى يعانى منها طفل التوحد الذى يعيد نطق أخر كلمة أو كلمتين من أى سؤال أو كلام يوجه إليه.

4-طفل التخلف العقلى لا يستثيره التغيير فى عاداته اليومية فى ملبسه ومأكله أو لعبه أو أثاث غرفته ولا يندفع فى ثورات غضب (مثل طرق رأسه فى الحائط) وإيذاء ذاته أو الآخرين بعكس ما يحدث للطفل الذى يعانى من التوحد.

5-طفل التخلف العقلى لا يعانى من قصور فى استعمال الضمائر بعكس ما يفعله طفل التوحد الذى يخلط مثلا بين "أنا" و"أنت" فيستعمل كلا منهما مكان الآخر وكذلك بالنسبة إلى غيرها من الضمائر.

6-طفل التخلف العقلى أسهل مراسا فى التعامل معه وتدريبه وفى تنفيذ برامج التأهيل من طفل التوحد الذى يحتاج إلى جهود فائقة وصبر وجلد فى

التعامل معه أو تدريبه.

7-طفل التوحد ليس لديه القدرة الدافعة للتعلم والتخاطب ، ولهذا يعانى من توقف النمو الاجتماعى، والقدرة على التفاعل مع الآخرين أو مشاركة أقرانه فى اللعب والأنشطة المشتركة بعكس طفل التخلف العقلى الذى يشارك أقرانـــه فى أنشطتهم، ويستمتع باللعب معهم، وممارسة تقليد الآخرين واللعب الإلهامى.

8-طفل التوحد يتجنب التواصل البصرى بالتقاء العيون بين المحادثين وهى سمة نادرا ما تحدث مع طفل التخلف العقلى.

9-فى الحالات القليلة التى يمكن فيها تطبيق اختبار ذكاء فــردى نجــد أن هناك تفاوتا كبيرا بين مستوى الذكاء اللفظى الذى يكون أكثر انخفاضا ومستوى الذكاء غير اللفظى الذى غالبا ما يكون أكثر ارتفاعا لدى أطفال التوحد بينمـــا مستوى كل من الذكاء اللفظى وغير اللفظى يكاد يكون متساويا لـــدى أطفـــال التخلف العقلى.

10-طفل التوحد قد يبدأ فجأة فى نوبات ضحك أو بكاء أو صراخ يـــستمر طويلا بدون سبب ظاهر بينما لا يحدث هذا فى حالة التخلف العقلى.

11-طفل التوحد قد ينبغ أو يتفوق أو يبدى مهارة فائقة فى أحد المجـــالات كالرياضيات أو الفن كالموسيقى أو الرسم أو الشعر أو النشاط الرياضى بشكل قد لا يستطيع الطفل العادى بلوغه وهى سمة لا توجد عند طفل التخلف إلا فى حالات نادرة للغاية.

12-التوحد من حيث انتشاره اقل بمراحل مـــن التخلــف العقلـــى فنـــسبة حدوثه 2-3% على الأكثر بينما التخلف العقلى ينتشر بنسبة 3% من المجتمع أو أكثر.

13-التوحد إعاقة يولد بها الطفل وتظهر أعراضها مبكرا فى حدود زمنيـــة أقصاها 30 شهرا ، أما التخلف العقلى فقد يولد به أو يحدث بعد الولادة نتيجة حادث يؤدى إلى تلف فى المخ وإصابته بمرض كالالتهاب السحائى أو الحمى

الشوكية أو نتيجة التلوث البيئى مثل الرصاص أو الزئبق.

14-طفل التوحد غالبا ما يحتاج إلى الرعاية مدى الحياة تقريبا أما طفل التخلف العقلي المتوسط والبسيط فانه قد يحقق استقلالا ذاتيا بمساعدة برامج التأهيل ويعتمد على ذاته ويحميها من الأخطار ويعمل فى حرفة مناسبة.

15-طفل التوحد لا يفهم المظاهر الانفعالية أو العاطفية كما أن لديه قصورا وغياب القدرة عن التعبير عنها عكس ما يحدث للطفل المتخلف عقلياً.

16-تقل العيوب الجسمية لدى التوحدى مقارنة بالمتخلف عقليا.

17-يعانى التوحدى من اضطراب إدراكى أكثر من المتخلف عقليا ويعطى استجابات شاذة لمنبهات بعينها وخاصة فى مهام الإدراك البصرى والحركى.

المقارنة بين اعراض التوحد واعراض اسبيرجر Asperger :

إن القارىء لمقالات اسبرجر Asperger وكتابات كانر Kanner يتأثر بالتشابه الشديد بينهما ، حيث يظهر الكثير من الاتفاق فى الجوانب التالية [1]

1-نسبة الذكور فى الأعراض أعلى من نسبة الإناث .

2-الانعزال الاجتماعى، والتمركز حول الذات، وعدم الاهتمام بمشاعر الآخرين وأفكارهم.

3-القصور فى استخدام اللغة للتبادل مع الآخرين، وعكس الضمائر، وخاصة فى السنوات الأولى من العمر، الكلام الغريب، والميل لاختراع كلمات جديدة، والأسئلة المتكررة .

4-الاضطراب فى الجوانب غير اللفظية للاتصال، مثل الاتصال بالعين، فقر التعبيرات الوجهية، الإشارات والحركات، التلحين اللفظى الغريب .

5- القصور فى القدرة على اللعب التخيلى .

(1)Wing L: The Relationship Between Asperger's Syndrome and Kanner's Autism, In U.Frith, (Ed), Autism and Asperger's Syndrome combridge University Press, 1992, P 93-121.

6-النشاط المتكرر، ويتضمن عدم الرغبة فى التغيير فى البيئة المحيطة، والتثبت على اللعب مع النفس بالألعاب والأشياء مع تجاهل الآخرين، جمع الأشياء والحركات الجسمية الغريبة.

7-استجابات غريبة للمثيرات الحسية مثل الحساسية الشديدة للضوضاء، حب الأطعمة ذات المذاق القوى، الحب الشديد والانبهار عند تدوير الأشياء .

8-عدم الدقة فى الأداء الحركى، وخاصة فيما يتعلق بالعضلات الكبرى مع ملاحظة بعض القدرات الخاصة فى مهارة معينة .

9-ظهور بعض المشكلات السلوكية مثل السلبية الظاهرة، العدوانية تجاه الأفراد، تدمير الأشياء، عدم الاستقرار بوجه عام.

10-النبوغ فى مهارة معينة فى حين وجود مشاكل تعليمية فى المجالات الأخرى.

الفارق بين عرض اسبرجر وعرض كانر :

الدلائل على انفصال العرضين :

على الرغم من هذا الاتفاق إلا أن هناك اختلافات قليلة نسبية بينهما ، وقد أجريت العديد من الدراسات والبحوث للتأكد من مدى انفصال أو ارتباط العرضين عند كانر واسبرجر وفيما يلى عرض لبعض الدراسات التى أجريت لتؤكد على انفصال العرضين.

يرى فان كريفلن (Van Krevelen) أن هناك صفات مميزة تجعل الأمر واضحاً وليس به أى مجال للشك فى أن التوحد الطفولى لكانر مختلف عن التوحد السيكوباتى عند اسبرجر، هذه الصفات هى :

1-التوحد الطفولى المبكر يظهر فى الشهر الأول من الحياة بينما التوحد السيكوباتى لأسبرجر لا يظهر إلا بعد السنة الثالثة من العمر.

2-يمشى الطفل الذى يعانى من التوحد الطفولى المبكر بينما تتأخر القدرة

على الكلام ، فى حين يتأخر الطفل ذو التوحد السيكوباتى فى المشى ولكنه يتكلم مبكراً،ويحاول الاتصال بشكل غير ملائم أو بإتباع سلوك ذو اتجاه واحد.

3-يضعف الاتصال بالعين لدى الأطفال المصابين بالتوحد الطفولى، فهو لا يعى وجود الآخرين ويعيش فى عالم خاص به، بينما الطفل ذو التوحد السيكوباتى يتفادى التواصل بالعين فهو يعيش فى عالمنا ولكن بطريقته الخاصة.

4-التوحد الطفولى هو عملية ذهانية، يصعب التنبؤ الاجتماعى بها، بينما التوحد السيكوباتى هو سمة شخصية والتنبؤ الاجتماعى بها جيد .

5-إن التوحد السيكوباتى هو سمة عائلية تنتقل من خلال الخط الذكرى (الأجيال الذكرية)، وأن التوحد الطفولى المبكر يظهر عندما يتوارث الأطفال السمات بالإضافة إلى وجود إصابات عضوية بالمخ .

والواقع أن محاولة التطبيق العيادى لهذه الصفات أمر صعب فمعظم الأفراد الذين يعانون من التوحد يظهرون بنوداً من كلتا القائمتين.(1)

كذلك وصف وولف وشيك (Wolff &Chick 1980) مجموعة من الأطفال الذين يعانون من نماذج سلوكية غير طبيعية صنفت تحت فئة اضطراب الشخصية الفصامية، حيث كان أفراد العينة يعانون من الانعزال، والجمود العقلى، والاتصال الغريب أو غير العادى، وقد اعتبرت المجموعة مماثلة لأعراض اسبرجر فى كل الجوانب ما عدا أن المجموعة كانت تحتوى على عدد قليل من البنات (2).

ويشير الباحثون إلى أنه على الرغم من وجود تشابه مع التوحد الطفولى لكانر، والشخصية الفصامية إلا أنهم لم يظهروا الصفات الأساسية للتوحد وهى غياب أو

---

(1) Wing L : The RelationShip Between Asperger's , syndrome and Kanner's Autism: op. cit, P P 93-121..
(2) Wolff, P.H & Chick: a Controlled Schiziod Peronalitv in Childhood : Follow – up Study Psychological Medicine , 1980 , P P 10-85-100.

إعاقة النمو اللغوى، القصور فى الاستجابة العاطفية، وتفادى الاتـصال بـالعين، والسلوك الاندفاعى والطقسى والبداية قبل سن (30 شهر). وقد أتفق الباحثون مع " فان كريفلين" فى أن أعراض اسبرجر هى سمة شخصية غير متغيرة، بينما يمكن رؤية التغير على مر السنين لدى الأطفال الذين يعانون من توحد طفولى.

كما قارن وولف وبارلو (Wolff & Barlow, 1979) بين ثلاث مجموعات متماثلة من الأطفال الفصاميين، والمتوحديين، والطبيعيين فى الأداء على اختبارات الذكاء واللغة والذاكرة والعمليات المعرفية، والبناء الوجدانى، أظهرت النتـائج أن هناك بعض الاختلافات وبعض التشابهات بين الفصاميين والمتوحديين، فبوجه عام كان أداء الفصاميين يتوسط أداء الأطفال المتوحدين والأطفال العاديين . وهكـذا يجد الباحث أن هذه النتائج تؤكد على أن المجموعـة الفـصامية تختلـف عـن المجموعة المتوحدة، على الرغم من أنه يمكن تفسير هذه النتائج على أن الفـصام هو الطرف الآخر من المتصل التوحدى [1].

أما كاى وكـولفن (Kay &Kolvin 1987) فقد اعتبروا أعراض أسبرجر هـى متصل بيولوجى مع التوحد الطفولى مشيران إلى أن أعراض أسبرجر ، هى نوع من اضطرابات الصخية بينما التوحد الطفولى هو نوع من الذهان والملاحظ أنهم لم يقدموا تعريفاً واضحاً لهذه المصطلحات[2].

واعتـبر نـاجى وسـتامارى (Nagy & szatmari 1986) أن أعـراض أسبرجر كانت مماثلة لاضطراب فى الشخصية لدى الراشدين كما وصفته الجمعية الأمريكية للطب النفسى(APA, 1980)، إلا أن هذه الأعراض تبدأ من الطفولة[3].

---

(1)Wolff,P.H &Barlow:Schizoid Personlitv in Childhood:a comparative Study of Schizoid Autistic and normal children , journal of child psychology and psychiatry , 1979. P 20-29-46.

(2) Kay, P & Kolvin ,I : Childhood psychosis and their Border lands , British Medical Bulletin, 1987, P P 570–586.

(3) Nagy, J & Szatmari, P.A : a Chart Review of schizotypal Personality Disorders in children, journal of autism and developmental disorders, 1986, P P 351-367.

كذلك تتفق هذه الأعراض مع الصورة الإكلينيكية للمجموعة التى تم دراستها فى بحوث وولف وزملائه (Wolff & Balow 1979) ، (Wolff & Chick 1980) على الرغم من أنهم استخدموا مصطلح الفصام وقد قاموا بدراسة عشرين حالة من الأطفال الذين يعانون من الانعزال الاجتماعى والمظاهر السلوكية الغريبة، وتبينوا أن هؤلاء الأطفال يمكن تشخيصهم على أن لديهم اضطراب شديد فى النمو، بالإضافة إلى ملائمة الأغراض مع معايير الشخصية الفصامية، كذلك سجلوا أن بعض الأطفال فى العينة يمكن اعتبارهم يعانون من التوحد الطفولى على الرغم من أن بعض الأطفال محور الاهتمام هنا لا تنطبق عليهم المعايير الكاملة للدليل الإحصائى والتشخيصى للاضطرابات العقلية [1].

وعلى أية حال يرى ستامارى أنه من الأفضل أن يكون هناك مصطلحان للتوحد (أعراض اسبرجر ، والتوحد الطفولى) لأن ذلك يفتح مجال أوسع للبحث.

الدلائل على وجود علاقة وثيقة بين العرضين :

أكد العديد من الباحثين على أن هناك علاقة وثيقة بين أعراض كانر وأعراض أسبرجر، وأنه يجب أن يصنفوا فى فئة واحدة أو على الأقل فى الفئة العامة الواحدة .

فقد نشر بوش (Bosch 1970) كتاباً عن التوحد الطفولى، قارن فيه بين العرضين، وأكد على أن هناك أفراداً شخصوا على أنهم يعانون من أعراض كانر، ومن جهة أخرى شخص الأطفال على أنهم يعانوا من التوحد الطفولى، ولكنهم تقدموا بالتدريج بحيث أظهروا صور التوحد الفصامى أو السيكوباتى فيما بعد . ويعلق بوش على ذلك بأن هناك شك فى ما.إذا كان الفرق بين العرضين فرقاً جوهرياً أم أنه فرق فى الدرجة فقط، بحيث يكون وصف كانر للحالات الشديدة بينما يعتبر وصف اسبرجر وصفاً للحالات البسيطة [2].

---

(1) Wolff, P.H & Barlow, Op Cit, P 50 .
(2) Bosch, G Uber Primaren Autism in Kinder – Salter Unpublished Lecture , 1953 Cited By G.Bosch in Infantile Autism Berlin : Asperger's , 1970 .

وقد أكد كلاً من سكوبلار (Schopler 1985) ، **فولكمار وآخرون** (Volkmar , Paul & Cohen 1985)، هذا الرأى[1]. **أما إيزروكوجن** (Isaer & Kogen) 1974 فقد اعتبروا أعراض أسبرجر وأعراض التوحد الطفولى المبكر همـا مجموعات فرعية ضمن الفئة الواسعة لأعراض التوحد [2].

كذلك درس تانتم (Tantam 1988 A,B) التاريخ المرضى لمجموعة من البالغين الذين يتصفون بالغرابة ، والذين يعانون من صعوبات فى إقامة علاقات اجتماعية ، فتبين أن هؤلاء الأفراد قد تم تشخيصهم فى مرحلة الرشد على أنهم يعانون من أعراض أسبرجر والواقع أن نسبة قليلة من أفراد العينة قد نمى لديهم بعض السلوكيات الغريبة فى مرحلة الرشد بحيث يفضل تصنيفهم على أنهم فصاميون، بينما البقية الباقية صنفوا على أنهم يقعون على حدود فئة اضطرابات الشخصية، وهكذا أكد "تانتم" على أن هناك علاقة وثيقة بين العرضين، وأنه يجب اعتبارهما طرفى المدى الممتد، إلا أن الفصام على الرغم من تشابهه مع هذين العرضين، لا تشير الدلائل إلى انضمامه إليهم [3].

أما ديلونج وديوير (Delong & Dwyer 1988) فقد اقترحا أن هناك اختلاف بين الأطفال المصابين بالتوحد ذوى الأداء المرتفع والأطفال المتوحدين ذوى الأداء المنخفض ، وأن المصابين بأعراض أسبرجر مساوين للأفراد المصابين بالتوحد ذوى الأداء المرتفع بوجه عام ، حيث يشيران إلى أن مبررات وجود هاتين الفئتين يرجع إلى أسباب أسرية وراثية بينما يؤكدان على أن التوحد ذوى الأداء المنخفض يرجع إلى أسباب نيورولوجية عصبية [4].

---

(1)Schopler, E: Convergence of LEaring Disability Higher-Level Autism, and developmental disorders , 1985 , 15 , 359 .
(2)Isaer, D.N & Kogan, V.E : Autistic Syndromes in children and adolescents ACTA Paedopsychiatrica , 1974 , P P 40 , 182-190.
(3) Tantam, D : Life Long Eccentricitv and social Isolation : Asperger's syndrome or schizoid Personality Disorder? , British Journal of Psychiatry, 1988, P 153,783-791.
(4) Delong, G.R & Dwyer, J.T : Correlation of Family History With Specific Autistic subgroups; a sperger's syndrome and Bpolar Affective Disease, Journal of Autism and developmental Disorders, 1988, P 18-593-600.

الخصائص العامة للأطفال المصابين بأعراض التوحد [1]:

(1) **المحيطون بالأفراد المصابين بأعراض التوحد:** يؤكد المحيطين بالأفراد المصابين بأعراض التوحد على أنهم يتورطون فى سلوكيات تعوق العملية التربوية، وعلى الأخصائيين وضعها فى الاعتبار عند تصميم البرامج والتعامل معهم والتغلب عليها حتى تتحقق أهداف هذه البرامج ، وهذه السلوكيات هى :

– إن الأطفال المصابين بأعراض التوحد لا يتكيفون بشكل طبيعى مع التغيير فى الروتين فى حين أن مجهودات التعليم والتدريب تتضمن مثل هذه التغييرات الضرورية .

– المشاكل السلوكية والحركات المثيرة للذات قد تتدخل فى عملية التعليم الفعال وتؤثر عليه، وعلى الرغم من أن سلوك الأطفال من الفئات التشخيصية الأخرى قد يتشابه مع هؤلاء الأطفال إلا أن تدخل هذه السلوكيات يكون أشد ومعدله أكثر.

– الطفل المصاب بأعراض التوحد لا يظهر اهتماماً بالتفاعل الاجتماعى، فهو قليلاً ما يهتم بوجه الإنسان ، ويتفادى الاتصال بالعين وإقامة العلاقات مع الآخرين .

– قد تظهر نوبات غضب شديدة وارتباك، وبكاء قوى، لا يمكن ملاحظة أسبابها أو التعرف عليها

– صعوبة إيجاد مدعمات تثير الدافعية لدى الأطفال المصابين بأعراض التوحد، فالأطفال الأسوياء يحبون تفقد المحيط بهم والتحكم فيه، بينما هذا لا ينطبق على الأطفال التوحديين، ولكى تكون المدعمات فعالة ومؤثرة يجب أن تتصف بالمادية والوضوح ومن الشائع المزاوجة بين المدعم الاجتماعى والمدعمات المادية الأولية مثل الطعام.

---

(1) Simpsom & Regan : Management of Autistic Behavior, Austin Tx, Pro-Ed 1986.

- يركز الطفل المصاب بأعراض التوحد انتباهه على جانب واحد من المهمة أو المثير، ولا يلاحظ الجوانب أو الخصائص الأخرى المرتبطة بالمثير أو المهمة، وهذا يتطلب من المدرب لفت انتباه الطفل باستمرار للجوانب المتعددة للمثير .

- ليس لدى الطفل المصاب بأعراض التوحد القدرة على تعميم ما تعلمه، فهو يربط الاستجابة بجانب واحد قد لا يكون ذا أهمية، فمثلاً الطفل الذى تعلم العديد من الكلمات عن طريقة ملاحظة حركة شفاه المدرب، قد لا يفهم نفس الكلمات إذا نطقها شخص آخر إذا كانت حركة الشفاه لدى الشخص الآخر أقل، بمعنىً آخر إن استجابة الطفل قد تعتمد على جوانب غير أساسية فى المواقف والتى عادة لا تتواجد إذا تغير المحتوى [1].

- هناك تنوع واسع فيما بين الأطفال المصابين بأعراض التوحد من حيث الأعراض والإعاقات المصاحبة، مما يجعل هذا الجمهور عينة غير متجانسة ومثل هذه التعقيدات تجعل من الصعب التقيد بتكنيك واحد لكل الأطفال .

- وكما أن هناك اختلاف بين الأطفال المصابين بأعراض التوحد فإن هناك اختلافاً أو عدم ثبات للخصائص لدى الطفل الواحد، فمثلاً يقوم الطفل بإيذاء نفسه (عض الذات) حتى يدمى بدون إظهار علامات الألم أو عدم الارتياح، ومع ذلك يرفض لبس (التى شرت) المجعد لأنه لا يحتمل احتكاكه بجسمه.

وفى مجال آخر قد يتصرف الطفل وكأنه أصم ولا يستجيب لأى مثير خارجى، وفى وقت آخر يغلق أذنيه عند سماع صوت بسيط ويصرخ وكأن الضوضاء تسبب له ألم شديد .

(2) **البيئة المنزلية المباشرة:** إن الأسرة المباشرة للطفل المصاب بأعراض التوحد هى اللبنة الأولى للمجتمع والبيئة الطبيعية للطفل، وعلى الرغم من تأكيد العلماء على أن الإصابة بأعراض التوحد لا ترجع إلى إهمال أولياء الأمور (خاصة الأم)

---

(1) Simpsom & Regan : Op Cit, P P (1: 2) .

له فى بداية النمو ، إلا أن للأسرة دوراً هاماً وفعالاً فى تدريب الطفل وتنـشئته لا يجب إهماله [1].

ويشير فاكتور وزملاؤه "Factor , D. etal" إلى أن أسر الأطفال المـصابين بالتوحد يعانون من الضغوط النفسية، كما يؤكد كـوك وآخـرون (Cook, etal 1994) على أن أسر هؤلاء الأطفال يعانون أيضاً من الاكتئاب، ولعل ذلك ينعكس على سلوك الطفل وتقدمه بشكل سلبى ، لذلك اهتم العلماء بضرورة تدريب أسـر الطفل المصاب بأعراض التوحد على كيفية التعامل مع الطفل، حتى يدعموا فكرة التدخل المبكر ويكون لهم دور إيجابى فى فريق العمل الذى يقدم الخدمات المختلفة للطفل فيما بعد [2].

وبناء على ما سبق تسعى البرامج التربوية الحديثة الموجهة للأطفـال المـصابين بأعراض التوحد إلى تدريب أسرهم، وإشراكهم فى كل ما يدور من أنشطة وأحـداث بالفصل بقدر الإمكان حتى يستطيع تعميم تعلمه فى الحياة الحقيقية ، فتعلمـه مهـارة معينة فى الفصل لا يعنى أنه يمكن إعادة تطبيقها فى مكان آخر [3].

وللتأكد من سيطرة الطفل على المفهوم الجديد يجب أن يؤديه مـع أشـخاص مختلفين، وفى أوقات مختلفة وباستخدام أنواع مختلفـة مـن الأدوات، وأسـاليب اتصالية أو رموز لغوية مختلفة . لذلك يجب أن يكون الآباء على دراية بما يقـدم للطفل ويساعدون فى تعميم هذه المعلومات.

---

(1) Elder, J.H: In - Home Communication Intervention Training For Parents of Multiply Handicapped Children, Scholarly Inquiry For Nursing Practice, G,(1) 72-92 Spr, 1995 , P 190 .

(2) Factor, etal: Stress, Social Support and Respicte Care Use in Families with Autistic Children, Brief Report, Journal of Autism and developmental Disorders, 20 , (1) , 139-146, Mar 1990.

(3) Brown, L., Nietupski , L & Nietupski , S : the. Criterion of Ultimate Functioning and public school services for severely Handicapped students in M.A Thomas (ed) : He, Don't Forgot about Me education's Investment in the severelky Profoundly, and multiply Handicapped, 2-15 Reston, VA : Council For Exceptional Children, 1976, P 6 .

بالإضافة إلى ما يقدمه ذلك للطفل نفسه من مساعدة، فإن ذلك يتــيح الفرصـــة للآباء فى التحكم فى سلوك أبنائهم ومساعدتهم فى التعامل مع صـــعوبات تنميـــة الطفل ذو الاحتياجات الخاصة، وبالتالى يخفف من الضغوط النفسية على الأســـرة ومشاعر الاكتئاب .

رابعا:العوامل المفسرة لحدوث الأوتيزم :

اتجهت العديد من الدراسات العلمية إلي الاهتمام بدراسة الأوتيـــزم، إلا أنهـــا ركزت علي الوصف الظاهري لسمات وأعـــراض حـــالات الأوتيـــزم، ونظـــراً للغموض الذي يحيط بإعاقة الأوتيزم من كافة جوانبها، جعل تلك الدراسات توجه الأنظار لأهمية التعرف علي الأسباب الحقيقية لاضـــطراب وحـــدوث الإصـــابة بالاوتيزم والوصول إلي التفسيرات المختلفة لهذا الاضطراب، فبينما يري البعض أنها أسباب عضوية، في حين أشار آخرون أن العوامل المؤدية إلـــي اضـــطراب التوحد ترجع إلي أسباب وراثية، وإلي أسباب أخرى ترجع إلـــي تـــأثير البيئـــة المحيطة، وفيما يلي عرض للعوامل المؤدية لحدوث الإصابة وظهـــور حـــالات الأوتيزم.

(1) العوامل البيولوجية :

بدأ الاهتمام يتجه إلى دور العوامل البيولوجية فى حدوث اضطراب التوحـــد، وبسبب ما تم نشره عن النظريات النفسية بأنها لـــم تعـــد تفـــسر أســـباب هـــذا الاضطراب، وبسبب ما يظهر على الأطفال التوحديين من معاناة فى أنواع مختلفة من الإعاقات البيولوجية فإن هناك اهتمام بالنواحى البيولوجية كسبب فى حـــدوث التوحد ، هذا ما أكدته دراسة من أن أسباب إعاقة التوحـــد ترجـــع إلـــى مـــشكلة بيولوجية [1]، وليست نفسية فقد تكون الحصبة الألمانية أو ارتفاع الحرارة المؤثرة أثناء الحمل ، أو وجود غير طبيعى لكروموسومات تحمل جينات معينـــة أو تلفـــا

---

(1) سميرة عبد اللطيف السعد: برنامج متكامل لخدمة إعاقة التوحد فى الوطن العربى. المؤتمر الـــدولى السابع لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين ، الشويخ ، القاهرة: ديسمبر 1998 ، 135.

بالدماغ أثناء الحمل أو أثناء الولادة لأى سبب مثل نقص الأوكسجين ممـــا يـــؤثر على الجسم والدماغ ، وتظهر أعراض التوحد وفيما يلى عرض لهذه الأسباب:

توصلت بعض الدراسات إلى أن هناك ارتباط بين اضطراب التوحد وشـــذوذ الكروموسومات **مثل دراسة زونالللى وداجت** [1]. والتى أشارت نتائجهـــا إلـــى أن هناك ارتباط بين هذا الاضطراب وبين كروموسوم يسمى كرموســـوم " أكـــس الهش"؛ فهذا الكروموسوم مسئول عن حدوث خلل فى الناحية العقلية حيث يـــؤدى إلى التخلف العقلى، وهذا الكروموسوم يدخل بنسبة 5 : 16 % فى كل الحـــالات، وقد يوضح هذا الارتباط زيادة عدد الأولاد عن البنات فى الإصابة بالتوحد.

كما تؤكد دراسة هارولد وبينجامين[2]**ودراسة هولين** [3]. من أن التوحد يرجع إلى عوامل جينية ؛ فقد لوحظ أن حوالى من (2 : 4%) من أشـــقاء الأطفـــال التوحديين يصابون بهذه الإعاقة بمعدل 50 مرة أكثر من عامة الناس، وأن معدل حدوث التوحد فى التوائم المتماثلة هو 36 % بينما فى التوائم غير المتماثلة يحدث بمعدل يساوى صفراً، في حين تختلف معها دراســـة ميـــشيا ولوجيـــا (1997) Micha & Lwgia التى أوضحت نتائجها أن التوحد يحدث بمعدل 96% فـــى التوائم المتماثلة ويحدث بمعدل 27% فى التوائم غير المتماثلة.

وقد ثبت ذلك من خلال نتائج دراسة بارلى ورتر [4]. حيث وصلت النسبة إلى 8.6 % وإذا كان الطفل المعوق الأول ذكر فأن هذه النسبة تكـــون 7% ولكنهـــا ترتفع إلى 14.5 إذا كان الطفل السابق أنثى، وبذلك ترى ريتا جوردن وسيتوارت بيول (2007 ، 4) أن العوامل المرتبطة بالجينات تلعب دورا هاما فى حـــدوث

(1)Zonalli, K. & Degett, J.). The effects of reinforcement rate on the spontaneous, Social Initiations of Socially with Drown Preschoolers. 1998, pp. 17-25.
(2)Harold, L. & Benjamin, S. Synopsis of psychiatry behavioral Sciences, Clinical Psychiatry, 8th ed , S.A: Library of Congress, 1998.
(3)Howlin, P. (1998). Children with Autism and Asperger Syndrome: A Guide for Practitioners and Careers, New York, Weinheim, John Wiley and Sons.
(4)Barley, A. & Rutter, M. Assessing and intervening in the communication environment, British Journal of Learning Disabilities, Vol. (26), 1988, pp. 62-66.

إعاقة التوحد، ولكنها لا تملك الإجابة الكاملة أو المسئولية الكاملة .

(2) العوامل الوراثية:

أشارت بعض نتائج الدراسات منها ما قام بها "جود وما ندل" إلـي أن نسبة حدوث "التوحد" في التوائم المتطابقة تكاد تكون 100% في حالة إصابة أحدهم، ويرجع ذلك إلي التطابق الوراثي الكبير في الجينات والكروموسومات في حالة التوائم المتطابقة، كما أن كثيراً من الأطفال ذوي الأوتيزم يولدون من آباء لديهم قصور في الجوانب الانفعالية والعاطفية، أو أنهم قد تركوا تأثيرات مرضية علي أطفالهم، ويستدل أنصار هذا الاتجاه علي ما توصلوا إليه من خلال الإشارة إلي بعض حالات الأطفال ذوي الأوتيزم منذ لحظة الميلاد، مما يشير إلي أن التوحد قد يرجع إلي عوامل وراثية[1]. كما أكد عدد من الباحثين إلي ارتباط الأوتيزم بشذوذ الكروموسومات نظراً لوجود ارتباط مع الكروموسوم "Frgil X" وأنه يتدخل في 5% :16% من حالات الأوتيزم[2].

وتوضح نتائج العديد من الدراسات أن احتمالات ولادة أطفال ذوي الأوتيزم أكثر بكثير عندما يكون لهم أخوة يعانون من الأوتيزم وقد ثبت ذلك من خلال نتائج إحدى الدراسات حيث وصلت النسبة إلي (8.6%) تلك كانت بعض نتائج البحوث، التى أشارت إلي دور الوراثة كعامل مسبب للإصابة بالأوتيزم ومع هذا لا يزال هناك جدل بين العلماء المهتمين بالمشكلة حيث يشككون في طبيعة هذا الدور ويشيرون إلى أن العوامل الوراثية لا تزيد عن كونها عامل ممهد للإصابة أو أحد العوامل المسببة له [3].

---

(1) زينب محمود شقير : نداء من الابن المعوق، سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 2002، ص ص 40 : 41 .

(2) نادية إبراهيم أبو السعود : الطفل التوحدى فى الأسرة، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية ، 2000، ص 87 .

(3) عثمان لبيب فراج: العوامل المسببة لإعاقة التوحد، النشرة الدورية لاتحاد وهيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد (37)، 2003، ص 40 .

(3) العوامل البيئية:

يسود اعتقاد بين الباحثين مؤداه أن اضطراب الأوتيزم يتأثر بالعوامل البيئية المحيطة بالطفل، بالرغم من إشارة العديد من الدراسات إلى أهمية العوامل التى سبق الإشارة إليها إلى أن الجزء الأكبر من الدراسات قد ركزت علي العوامل البيئية منذ ظهور الأوتيزم عام 1943 وحتى الآن والتأثير البيئي لا يمكن إغفاله عند تناول العوامل المؤدية للأوتيزم .

فقد قام كانر عام 1943 من خلال تقريره الأول عن الأطفال المضطربين بالتوحد تصوراً عن العوامل المؤدية إلي إصابة الأطفال بالأوتيزم ، وقد أرجع ذلك إلي العوامل الاجتماعية المتمثلة في تنشئة الطفل، واضطراب العلاقات الأسرية، وغياب العلاقات العاطفية [1].

كما ارجع كانر نتائج دراسته التي أجراها على إحدى عشر حالة من أولياء أمور هؤلاء الأطفال المضطرين إلي وجهة نظر رأها أن الحرمان العاطفي يعتبر من العوامل الأساسية المسببة للإصابة بالأوتيزم وأن هؤلاء الأطفال ينتمون إلي أسر تتميز بالبرود العاطفي والانفعالي [2].

كما أشارت دراسة فورستر 1983إلي إمكانية تفسير كثير من صور السلوك المتخلف وغير الاجتماعي من جانب الأطفال ذوي الأوتيزم في ضوء استجابة آبائهم لتلك السلوكيات، فاستجابة الغضب قد تكون استجابة غير شرطية ولكنها تتوقف من حيث استمرارها أو عدم استمرارها في المستقبل علي ما يحدث من ردود أفعال الآباء نحو الطفل في مثل هذه المواقف[3]. ويستدل أصحاب هذا الاتجاه علي صحة آرائهم نتائج بعض الدراسات (kalmanson 1987) والتي

---

(1)Louis Adrien: Autism du Jeune Enfant Development: ment psycholog ique Et regulation se lactivite, (paris: Expan scientifique francaise, 1996), p.5.

(2)Rita jordan: Autistic spectrum Disordess , An Introduction Handbook for practitioners, (London: ifulton publishers, 1999) p.7.

(3) كمال الشناوى : إعاقة التوحد، "طبيعتها وخصائصها"، (بحث منشور فى المؤتمر السنوى، كلية التربية، جامعة المنصورة)، 2000، ص 53 .

توصلت أهمية العلاقات الأسرية في دعم الارتقاء الاجتماعي وعلاج الطفل المصاب بالأوتيزم ويتفق هذا مع ما أشارت إليه دراسة (Sergi 1991) حيث توصلت إلي وجود علاقة ارتباطية مرتفعة بين اضطرابات الطفل الاجتماعية وتوتر الآباء حيث ظهر أن ضغط الوالدين له تأثير كبير علي الاضطراب الاجتماعي لطفل الأوتيزم[1].

وبالرغم من نتائج العديد من الدراسات التي أشارت إلي وجود اضطراب في أشكال العلاقات بين الأفراد الأسرية وانعكاس ذلك علي أسلوب تنشئة الطفل إلا أننا لا نستطيع تأكيد تأثير هذا العامل علي حدوث إصابة الأوتيزم للأطفال، إلا أنه يجب الإشارة إلي أهمية دور الأسرة في التخفيف من حدة أعراض الأوتيزم لدي الأطفال وهذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات [*] التي اهتمت بدور الأسرة في تنشئة طفلها المصاب بالأوتيزم، ودورها في تنمية قدراته المتاحة ومحاولة الحد من الآثار السلبية لأعراض الأوتيزم عند الطفل المصاب به.

ومما سبق يتضح تعدد العوامل الحسية للإصابة بالأوتيزم وتوقيتها قبل وأثناء الحمل، وخلال نمو الطفل بعد الولادة، وبالتالي تتعدد وتتنوع أشكال الخلل الوظيفي ونوع وأعراض الأوتيزم وشدتها التي سببت هذا الاضطراب.

فقد تؤدي إصابة معينة إلي التأثير علي جزء معين من المخ وإصابة مراكز عصبية معنية تؤدي إلي ظهور إعاقة مثل التوحد وأعراض محددة لها، وقد يصيب الكتف مركزاً آخر فيؤدي إلي ظهور أعراض مختلفة للأوتيزم[2].

وبناء علي ما سبق يتضح صعوبة التوصل إلي العامل الرئيسي المسئول عن إصابة الطفل بالأوتيزم حتى الآن، وهنا قد يتضح خطأ فكرة السبب الوحيد المؤدي

---

(1) سلامة منصور محمد عبدالعال : فعالية العلاج المعرفي فى تحسين المعاملة الوالدية للأطفال المصابين بالأوتيزم ، مرجع سبق ذكره، ص ص 198 : 199 .

(2) عثمان لبيب فراج : الإعاقة الذهنية فى مرحلة الطفولة " تعريفها ، تصنيفها، تشيخصها، وأسبابها "، المجلس العربى للطفولة والتنمية، القاهرة، 2002، ص 67.

للأوتيزم ، فبالرغم من مضي أكثر من ستين عاماً علي اكتشاف إعاقة التوحد إلا إننا نجد اختلافا كبيراً فى العديد من الباحثين كلاً حسب تخصصه حيث تختلف العوامل المسببة للتوحد ما بين عوامل وراثية وأخرى عضوية تتمثل في تلف بعض أجزاء المخ وبعض هذه العوامل بيئية مكتسبة وإلي الآن لم تتوصل الدراسات والبحوث العلمية إلي الأسباب الحقيقية المؤدية إلي اضطراب الأوتيزم يلقي علي الباحثين والمهنيين مثل هذه الدراسات عبئاً مضاعفاً للكشف عن الغموض المتعلق بأسباب الأوتيزم وأساليب مواجهته وهو جزء هام من الدراسة الحالية.

خامسا: حاجات ومشكلات اطفال الاوتيزم واسرهم :

إن دراسة المشكلات التي تعاني منها أسر الأطفال التوحيديين عامة بما فيها المشكلات الاجتماعية التي تسعي الدراسة إلي التخفيف من حدتها لما لها من دوراً بارزاً في حدوث عملية الإساءة فى معاملة طفل الأوتيزم بأشكالها المتنوعة، وقد تنوعت الدراسات والبحوث التى حاولت تحديد ماهية هذه المشكلات أو تناول جانب أو أكثر منها فى سبيل مساعده الآباء والأمهات على القيام بمطالب حياتهم المختلفة فى ظل وجود مثل هذا الطفل.

ويقصد بالمشكلات تلك المواقف الإشكالية والصعوبات المختلفة التي تواجه الآباء والأمهات بعد اكتشاف إصابة الطفل التوحد، والتي يعجزون خلالها عن القيام بوظائفها الرئيسية والوفاء بمتطلبات النسق الأسرى، ومن ثم تتطلب جهود مهنية متخصصة للمساعدة على التخفيف من حدتها وتتضمن هذه المشكلات والصعوبات ثلاث مشكلات رئيسية هي:

أ-مشكلات تتصل بإشباع الحاجات الأساسية.

ب-مشكلات تتصل بأداء الأدوار الاجتماعية.

ج-مشكلات تتصل بالعلاقات الاجتماعية.

د-مشكلات تتصل بالجوانب الدينية والروحية.

(أ) المشكلات المتصلة بإشباع الحاجات الأساسية:

والحاجة يعرفها عزت راجح بأنها: "حالة من النقص أو الافتقار أو الاضطراب الجسمي أو النفسي إن لم تلق إشباعاً، أثارت لدي الفرد نوعاً من التوتر أو الضيق، لا يلبث أن تزول متي أشبعت الحاجة [1].

وتعرف المشكلة بأنها "معوق أو شيء ضار وظيفياً وبنائياً وتقف حائلاً أمام إشباع الاحتياجات الإنسانية، أو أنها ظرف يعتقد أنه مهدد لقيمة اجتماعية ويحتاج لاتخاذ قرار وتقرير شيء للمساهمة في رعاية الأشخاص المصابين باضطراب الأوتيزم[2]. كما إن استمرار حياة الإنسان يقوم في جوهره علي اعتماده علي بيئته في إشباع حاجاته المختلفة الفسيولوجية والسيكولوجية، ولا يستطيع أن ينمو نمواً سليماً دون إشباعها، ويحتاج الطفل في جميع مراحل نموه بلا استثناء إلي مقابل مجموعة من الحاجات، كالحاجة إلي الحب وإلي الشعور بالراحة، وإلي اهتمام غيرة به، وإلى الشعور بالأمان، بالإضافة إلي إرضاء حاجاته المادية، ويعمل جميع الأطفال علي التوازن والتوافق مع المحيط الذى يعيشون فيه من أجل تحقيق العيش والنمو والعمل وفقاً لحاجاتهم وقدراتهم واستعدادهم.

هذا ولا تختلف كثيراً حاجات المعاقون ومشكلاتهم عن حاجات ومشكلات غير المعاقين، فالمعاق إنسان له نفس الحاجات والمشكلات التي لدي أي إنسان أخر، وإن كان المعاقين لهم حاجات ومشكلات خاصة وإضافية عن غير المعاقين، ولهذا تمت تسمية المعاقين في كثير من الكتابات بذوي الاحتياجات الخاصة People With Special Needs ولعل من أهم هذه الحاجات [3]:

---

(1) إقبال إبراهيم مخلوف: الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991، ص56.

(2) ماهر أبو المعاطي علي: الخدمة الاجتماعية في مجال الفئات الخاصة، سلسلة مجالات وطرق الخدمة الاجتماعية، مكتبة زهراء الشرق ، ط1 ، القاهرة ، 2004 ، ص 50 .

(3) رمضان محمد القذافي: سيكولوجية الإعاقة، الدار العربية للكتاب، الجماهيرية العربية الليبية، 1988، ص ص 89 : 92 .

1ـ الاحتياجات النفسية:

حيث ينتاب الأطفال المصابون بالأوتيزم الكثير من المشاعر السلبية التي تؤثر عليهم وعلي نظرة المحيطين بهم وأهم هذه المظاهر النفسية :

أ-رفض الشخص لذاته ومقاومته لواقعة الجديد.

ب-الشعور بالنقص والتقليل من قيمته لذاته سواء كما يراها هو أو كما يراها الآخرين مما يولد لديه الإحساس بالضعف والاستسلام للإعاقة.

جـ-ظهور مشاعر سلبية جديدة كالشعور بعدم الأمن والثقة بالـذات إضـافة للشعور بالذنب لاعتقاد البعض منهم بأن ذلك انتقام من السماء لخطأ ارتكبه الفرد وإنما هذه المظاهر وما تشتمل عليه تنتج عن عدم إشباع حاجاتهم التي تـساعدهم علي تجنب مواقف الإحباط ومشاعر الألم والحزن والتوتر والقلق التي تجعلهـم عاجزين آخرين عن إقامة علاقات مع الآخرين وتكون سبب مباشر للإساءة لهـم في حالة عدم إشباع تلك الحاجات وخاصة الحاجات النفسية وأهمها:

2ـ الحاجة إلي التقبل Need for social Acceptance :

يحتاج الطفل التوحدي إلى الإحساس بتقبل للآخرين له سواء فـي المنـزل أو المؤسسة. ففي دراسة ستيفسو ، كـروس (Stevenson, Cruse2001) لدراسـة الحاجة للتقبل الاجتماعي لدي الطفل التوحدي وجد أن:

أ-الحاجة إلي التقبل الاجتماعي عند التوحديين أعلي منه عند العاديين.

ب-الحاجة إلي التقبل عند الأطفال التوحديين من نزلاء المؤسسات أعلي منها عند الأطفال التوحديين المقيمين مع أسرهم.

3ـ الحاجة إلى الانتماء والتقدير:

وهي حاجة أساسية تنبع من طبيعة الإنسان بوصفة مخلوقاً اجتماعياً بفطرتـه، مما يجعله في حاجة دائمة إلي وسط اجتماعي تتـوافر فيـه جوانـب العلاقـات والارتباطات الاجتماعية وهذا من أهم ما يعاني منه طفل الأوتيزم فهو في حاجة ماسه لكل ما يخرجه من عزلته وانغلاقه علي ذاته وانطوائه.

إن إحساس الطفل المصاب بالأوتيزم بتقدير الآخرين له يؤدي إلي ارتفاع تقديره لذاته وزيادة ثقته بنفسه وبالتالي إلي إحساسه بالأمن والطمأنينة النفسية وعلي العكس عندما يحرم الطفل من تقدير الآخرين يشعر بالعجز والفشل مما يجعله يعزف عن المشاركة في أي نشاط إيجابي، ويرتبط بهذه الحاجة أيضاً الحاجة إلي تعديل مفهوم الذات (1).

كما أن الأطفال المصابين بالأوتيزم أكثر عرضة لانعدام الصحة النفسية والتعرض للاضطرابات المختلفة إضافة لاضطراب الأوتيزم الذي يعاني منه، ليس بسبب توحدهم، ولكن بسبب الخبرات السيئة التي يتعرضون لها بتفاعلهم مع الآخرين مثل الفشل والإحباط والحرمان وقد يكون هذا سبباً رئيسياً في إساءة معاملتهم.

لذا فالطفل التوحدى فى حاجة إلي أن يعيش في كنف والديه ويشعر معهما بالأمن والطمأنينة، ويدرك التقبل من جانب الراشدين المهمين في حياته كالأب والأم والأخوة كى يسهم هذا بدوره للتخفيف من حدة الإساءة الموجهة إليه (2).

4.الحاجة إلى شعور المعاق بإنسانيته وإلى احترام الذات:

وهي الحاجة التي تدفع الفرد إلي صون ذاته والدفاع عنها من كل ما ينتقص من شأنها في نظر الغير وفي نظر نفسه وذلك في إخفاء عيوبه ونواحي نقصه عن الغير ، إذ يحتاج الطفل بشكل عام إلي الشعور بذاته وبشخصيته ، ويشعر الطفل المصاب بالأوتيزم على وجه الخصوص بحساسية زائدة تجاه احترام أو عدم احترام الآخرين له، كما يفسر الخوف الشديد عليه على أنه تحقير له أو سخرية منه .

5.الحاجة إلي الشعور بالحب والتناغم الوجداني:

عندما يصاب الإنسان بالعجز، ولا يجد من يقف بجانبه ويساعده، يشعر بنفس

---

(1) رمضان محمد القذافى : سيكولوجية الإعاقة، مرجع سبق ذكره ، ص 99 .
(2) Louis Adrien: op. cit ., P 29.

محطمة، وعزيمة خائرة، ووحدة خانقة، وبأس قاتل، فيلجأ إلي الانطواء الداخلي والتقوقع النفسي ويصير حبيس مشاعره السلبية فهذا شعور المعاق بشكل عام أما الطفل المعاق بالتوحد تتزايد لديه تلك المشاعر إذا أنه أول واخطر الأعراض التي يفرضها اضطراب التوحد علي الطفل العزلة والانغلاق علي الذات فتتضاعف الحاجة إلي شعور طفل الأوتيزم بالحب والتناغم الوجداني ويتمني أن ينهل من حب أهله وحب من حوله وهذه الحاجة لا يمكن إشباعها إلا من خلال بيئة الطفل المعاق الطبيعية (الوالدين- والأخوة) والجماعات التي يتفاعل معها أو من خلال الجهود التي تقدم له في المؤسسة بدلاً من الإساءة إليه من قبل والديه أو من يقوم علي رعايته بالمؤسسة المقيم بها [1].

6ـ الحاجة إلي الدافعية والإنجاز

يشير (ماكميلان) إلي أهمية الإنجاز في حياة الفرد وربطهما بالذكاء، بمعني أنه كلما زادت معدلات الذكاء زادت الحاجة للإنجاز، كذلك أشارت الدراسات إلي أن الحاجة للإنجاز ترتبط بظروف التنشئة الاجتماعية، فقد تفوق أطفال الأسر الثرية ثقافياً، واقتصادياً، واجتماعياً، علي أطفال الأسر الفقيرة.

ويفسر (ماكميلان) ذلك بقوله (إن حالات التوحد القادمة من أسر متخلفة لا تجد التشجيع الكافي لتنمية الحاجة إلي الإنجاز، وهذا يعنى أنه يمكن تنمية هذه الحاجة عند هذه الفئة بتحسين ظروف تنشئتها ورعايتها[2].

7ـ الحاجة للشعور بالكفاءة Need for Competence:

يتفوق العاديون عادة علي التوحديين في إثبات الكفاءة، والأهلية حيث يجاهد العاديين من أجل الوصول إلي النجاح والتفوق، بينما يتردد التوحديون نتيجة خوفهم من الفشل.

---

(1) Runyon, Melissak. &Etal: An overview of child physic Abuse. Needs an Intearated parent- child cognitive –behavioural Treatment Appraoch (Journal of Rauma Violence and abuse sage Publications , Vol (5) , N7, 2004) .
(2) Macmillan, Harriet L.: Child Maltreatment: What we know in the year 2000 (Canadian Journal psychiatry, Canadian psychiatric Assn, V. 45, No. 8, 2000, p 145.

كما تسعى أسرة الطفل التوحدى إلي إشباع حاجاتها الأساسية شأنها في ذلك شأن أي أسرة أخري من أسر الأطفال العاديين، لكن إصابة الطفل بالتوحد تؤدي إلى نقص في إشباع تلك الحاجات سواء كانت مادية أو معنوية، كما تضاعف علي الأسرة بعض المتطلبات والحاجات الخاصة التي ترتبط بطبيعة تلك الإعاقة ذاتها.

وقد تكون الحاجات بمثابة أشياء مفقودة أو مرغوب فيها ولكنها ضرورية ومطلوبة لتحقيق هدف ما أو الوصول إلي غاية معينه ، وبوجه عام تصنف حاجات أسر الأطفال المعاقين إلي ست فئات رئيسية وهي [1]:

1-الحاجة إلي المعلومات.
2-الحاجة إلي الدعم الاجتماعي والنفسي.
3-الحاجة إلي التفسير للآخرين.
4-الحاجة إلي الخدمات.
5-الحاجة إلي الدعم المالي.
6-الحاجة إلي المساعدة للتعايش مع المشكلات الأسرية الناتجة عن حاجة الإعاقة.

وأسرة الطفل التوحدي من أكثر أسر المعاقين التي تكون في حاجة ماسة للحصول علي معلومات كافية عن طبيعة إعاقة التوحد وأسبابها وسبل علاجها والتعرف علي الخدمات التي يوفرها المجتمع لهذه الفئة من الأطفال، والمراكز والمؤسسات التي يمكن اللجوء إليها لطلب المساعدة والعلاج، كما أنها في حاجة إلي أشكال عديدة من الدعم النفسي والاجتماعي من قبل الأهل والأقارب والأصدقاء حتى تتمكن من التعايش مع حالة الطفل بالإضافة إلي الدعم المالي حتى تستطيع الإنفاق علي علاج الطفل وتأهيله ، وأخيراً فهي في حاجة ضرورية إلي إعادة تنظيم الحياة الأسرية بكافة جوانبها المختلفة.

---

(1)Ibid, P.148.

ومن الحاجات النفسية الأخرى لأسر الأطفال المعاقين انفعالياً وكذلك أسر الأطفال شديدي الإعاقة من حالات التوحد (1):

1-حاجة الأطفال الأخوة والأخوات لتقبل الأدوار الملازمة لخطط العلاج والرعاية.

2-حاجة الأب والأم لتخفيف العبء النفسي الناجم عن الإحباط والإحساس بالذنب .

3- حاجتهم إلي ثقة المحيطين بهم من الأقارب والجيران.

(ب) مشكلات تتصل بأداء الأدوار الاجتماعية:

إذا كان كل تغيير يصيب أجزاء النسق يؤثر في بقية الأجزاء ، فإن مولد طفل معاق في الأسرة لا شك يؤثر تأثراً كبيراً في المناخ الذي يسود النسق الأسرى ، وفي العلاقات البيئية بين أعضائه، وفي مشاعر الأعضاء المتبادلة وفي مجمل أداء النسق لوظائفه وأدواره المختلفة (2). فوضع المعاق في أسرته لابد أن يحبط علاقاتها بقدر غير يسير من الاضطراب صغيراً كان أم كبيراً طالما كانت إعاقته تحول دون كفائتة في الأداء الاجتماعي داخل الأسرة، وافتقاد المعاق لأداء دوره يشكل بالضرورة عبئا علي أدوار الآخرين (3).

والتوحد كإعاقة شديدة تصيب الطفل في مراحل النمو الأولي قد تؤدي إلى قصور أو خلل في أداء الوالدين لمسئوليات أدوارهما الاجتماعية، وخاصة الدور الوالدي والدور الزواجي لكل من الآباء والأمهات علي حد سواء، قد يعجز الزوج علي سبيل المثال عن القيام بدوره كأب مع بقية أبناء الأسرة، كما تعجز الأم عن

---

(1) جمال محمد الخطيب وآخرون : الرعاية الأسرية للطفل المعاق، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية، المنامة،المكتب التنفيذى لدول مجلس التعاون الخليجى،العدد،(31)، 1996،ص ص 70- 71.

(2) روزمارى لامبر وديبي دانيلز: الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة "الأسس النظرية" ترجمة، علاء الدين كفافي، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة، الجزء الأول، 2001، ص:19.

(3) محمد سيد فهمي: السلوك الاجتماعى للمعاقين، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1995، ص 94.

القيام بدورها كزوجة وكربه منزل وقد تهمل شئون الزوج وتقصر في حقوقه لانشغالها الدائم بطفلها التوحدي. وأظهرت نتائج بعض الدراسات أن الأمهات بصفة خاصة يشعرن بأن الإعاقة تفرض قيوداً علي نشاطاتهن الاجتماعية والترويحية، وأنهن غير مسرورات بأدوارهن كأمهات ، وأن مثل هذا الإحساس بالقيود يكون شائعاً لدي أمهات الأطفال المعاقين فإن هذه المشاعر قد تستمر حتى بعد أن يكبر الأطفال وخاصة إذا ازدادت أو استمرت حاجاتهم إلي الرعاية.

كما توصلت نتائج دراسة "محمد مصطفي: 2003 (1)" إلي أن وجود طفل توحدي داخل نطاق الأسرة يؤثر تأثيراً سلبياً علي الدور المهني لدي الوالدين ومن أهم مظاهر هذا التأثير عدم القدرة علي القيام بالعمل بنفس الكفاءة السابقة، والتغيب عن العمل كثيراً لرعاية الطفل، وعدم الانتظام في الحضور إلي العمل، وضعف القدرة علي إنجاز العمل في الوقت المحدد.

(جـ) مشكلات تتصل بالعلاقات الاجتماعية:

تعتبر المشكلات المتصلة بالعلاقات الاجتماعية أكثر أشكال المشكلات الاجتماعية حدة وانتشاراً لدي أسر الأطفال التوحديين، ويقصد بها ذلك الخلل اضطراب الذب يطرأ علي العلاقات الاجتماعية الأساسية للوالدين داخل وخارج نطاق الأسر بعد ميلاد الطفل التوحدى، ويبدو هذا الخلل والاضطراب الجوانب التالية:

1ـ العلاقة بين الوالدين:

يعتبر اضطراب العلاقة بين والدي الطفل المعاق من أهم المشكلات ذات التأثير الفعال في بناء وظيفة الأسرة، وتبدو في كثرة المشاحنات والمشاجرات لأسباب تافهة ، وزيادة حجم القلق لدي الأبوين وانعكاس ذلك سلبياً علي أدائهم الوظيفي من جراء حالة الخلط والارتباك التي تصيبهما عقب اكتشافهما لإصابة الطفل بأي نوع من أنواع الإعاقة ، بالإضافة إلي ضعف الترابط والتفاهم وزيادة فترات

---

(1) محمد مصطفى شاهين: دراسة لمشكلات أسر الأطفال التوحديين، وتصور مقترح من منظور خدمة الفرد لمواجهتها، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان ، 2002 .

التباعد وعدم التوافق بشأن اتخاذ القرارات الحتمية لاستمرار الحياة الأسرية وانخفاض الإحساس بالسعادة داخل البيئة الأسرية[1].

وقد أوضح "اندر ريبونر Ander Reponr" أن قدوم طفل معاق إلي الأسرة يتسبب في حدوث الكثير من المشكلات الصحية والعاطفية والوجدانية والمسلوكية والاقتصادية للوالدين ، وقد تزداد الروابط بين الزوجين إذا كانت العلاقة بينهما قوية قبل قدوم الطفل ، بينما تتفكك الروابط بين الزوجين إذا كان الزواج هو الرباط الوحيد بينهما حيث يسبب قدوم الطفل عندئذ مشكلات عديدة بين الزوجيين قد تنتهي بالانفصال[2]. وفي محيط أسر الأطفال المصابين بالأوتيزم بصفة خاصة فإن الجو المتوتر، الذى يسببه الطفل التوحدي بسلوكياته الشاذة ينعكس بلا شك علي الحالة النفسية والمزاجية للوالدين فتصبح العلاقة الزوجية غير متناغمة ولا تحقق الإشباع لطرفيها، ولا تحقق توقعات كل طرف من الآخر كليهما، عما لدية مشكلات الطفل التي تضغط وتستنفذ جزء من طاقاته النفسية والبدنية، وكلما زاد سلوك الطفل غير الناضج والذي يستمر غالباً لفترات طويلة من الوقت كلما زاد التوتر في العلاقات بالأسرة وخاصة بين الزوجين[3].

وفي دراسة هيرون "1985 Herron" [1] التي شارك فيها (67) من الآباء و(49) من أمهات الأطفال ذوي الأويتزم أتضح أن هناك ضعف في الترابط الأسري وتفكك في الحياة الزوجية بسبب وجود مثل هذا الطفل، وأن هناك عوامل عديدة تؤثر علي معدل التوافق الزواجي لدي والدي الأطفال التوحديين- عمر الطفل الوحدي- دخل الأسرة- شده الإعاقة- جنس الطفل- مدى تفاؤل الأسرة- الثبات النفسي للوالدين.

---

(1) أحمد محمد نصر: استخدام نموذج عمليه المساعدة في تحقيق مشكلات أسر الأطفال المتخلفين عقلياً، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة،فرع الفيوم،القاهرة،1997،ص31.

(2) إيمان فؤاد الكاشف:الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه،دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة ، 2001 ، ص45.

(3) نادية إبراهيم أبو السعود: الاضطراب التوحدي لدي الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس ، القاهرة، 1997، ص 2.

وتضيف "بريناBryna 1996 [1]" أن العلاقة بين والدي الطفل التوحدي قد تسوء إلي حد كبير وتزداد الخلافات والنزاعات بينهما حتى يصل الأمر في بعض الأحيان إلي حد الطلاق أو الانفصال إذا كان هناك صعوبة في الحصول علي الإحصاءات المتعلقة بالطلاق أو الانفصال بين آباء وأمهات الأطفال التوحديين تحديداً إلا أن بعض الدراسات تؤكد علي أن 50% من الأطفال المعاقين في المجتمع الأمريكي قد تسببوا في طلاق أو انفصال والديهم.

2ـالعلاقة بين الوالدين والطفل:

تتباين العلاقة بين الآباء والأمهات وأطفالهم المعاقين بشكل كبير، فمنهم من تغمرهم الشفقة علي هذا الطفل لدرجة أنهم يفرطون في حمايته ويفضون عليه من الحنان، ومنهم من يكون موقفه علي العكس من ذلك تماماً حيث يرفضون هذا الطفل ويظهرون استيائهم منه وكراهيتهم له[1]. وعموماً فإن العلاقة بين الطفل المعاق وأسرته عادة ما تكون علاقة مركبة من حيث ثنائية المشاعر، بالإضافة إلي الحدة الانفعالية التي تميز تلك العلاقة[2].

ومن أهم مظاهر اضطراب العلاقة بين الطفل المصاب أو المعاق ووالديه، إساءة معاملته ونبذه ومحاوله عزله عن المحيطين به، والتهرب من مسئوليات رعايته مما يؤدي إلي تكوين مفهوم سلبي عن الذات لدي الطفل ويشعره بالاضطهاد وعدم الأمن، وقد يعتقد بعض الآباء عدم صلاحية هذا الطفل فى الحياة، فيتمنون موته والخلاص منه وهذا فى حد ذاته يعد أشد أنواع وأشكال الإساءة[3].

---

(1)فاتن توفيق ومحمد صالح : ردود الأفعال النفسية لذوى الطفل المعاق عقلياً ، بحث منشور فى مجلة معوقات الطفولة ، مركز معوقات الطفولة ، جامعة الأزهر ، العدد(6) ، مايو 1997 ، ص 304 .

(2) شاهين عبدالستار رسلان : العلاقات العائلية فى أسر الأطفال المعاقين عقلياً ، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة ، القاهرة ، 2000 ، ص 66 .

(3)عاطف مفتاح أحمد: العلاقة بين ممارسة نموذج التركيز علي المهام في خدمة الفرد ومشكله اضطراب العلاقات الاجتماعية لأسر الأطفال مرضى أنيميا البحر المتوسط، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، القاهرة، 2003، ص ص74-75.

وتشير الدراسات التي أجريت علي الأطفال المصابين بإعاقة التوحد إلى عدم معرفة أفراد الأسرة ولاسيما الوالدين بهذا النوع من الإعاقة وعدم قدرتهم علي فهم الغموض الذي يكتنف شخصية أبنائهم المصابين بها، مما يترتب عليه استجابات خاطئة تظهر في إساءة معامله الوالدين لأطفالهم سواء بالإهمال أو النبذ والرفض أو القسوة أو التدليل وغيرها من صور الإساءة في المعاملة من جانب الوالدين(1).

3ـ العلاقة بين الوالدين والأبناء الآخرين:

قد تضطر الأسرة أو بعض أفرادها إلي الوقوف بجانب الطفل المتوحد تلبية حاجاته وبخاصة مع هذا النوع من حالات الإعاقة الشديدة – ولا يعاني الوالدين من مثل هذه الحالة من كثرة المشاكل بقدر ما يعانياه من اضطرارهما للارتباط بالطفل المصاب بالأوتيزم وإهمال الجوانب الحياتية الأخرى مما يحرمهما من منح باقي أطفالهما قدراً مساوياً من الاهتمام(2). وقد خلصت نتائج العديد من الدراسات التي أجريت علي أسر الأطفال التوحديين أن للطفل المتوحد أثر مربك علي العلاقات الاجتماعية داخل نطاق الأسرة.

وقد أكدت الشواهد الميدانية إن إصابة الطفل بالتوحد قد أدت إلي تغير العلاقة بين الوالدين وبقية أبناء الأسرة، وأن أهم مظاهر هذا التغيير تمثل في عدم مناقشة الأبناء في أمورهم الخاصة، أو متابعتهم في دراستهم أو الخروج معهم للتنزه ، وكذلك عدم الحرص علي رؤية الأبناء بصفة مستمرة أو التسامح معهم في أى من الأمور بل قد يصل الأمر إلي التعامل مع الأبناء كأنهم غرباء عن الأسرة مما يؤدي إلي شعور الأبناء غالباً بالغيرة من الطفل التوحدي(3).

---

(1)سلامة منصور عبدالعال : فاعلية العلاج المعرفي في تحسين المعاملة للأطفال المصابين بالأوتيزم، مرجع سبق ذكره،ص 196.

(2)رمضان القذافي: سيكولوجية الإعاقة، مرجع سبق ذكره، ص 46.

(3) محمد مصطفى شاهين : مرجع سبق ذكره ، ص 236.

4.العلاقات خارج نطاق الأسرة:

تشعر الأسرة التي بها طفل توحدي بأنها معزولة عن الأنساق الفرعية الخارجية المحيطة بها، وغالباً ما يشعر الآباء أن لديهم مصادر تدعيميه قليلة، وربما كان الآباء خائفين من أن أصدقائهم والمحيطين بهم سوف يستجيبون علي نحو مناسب لحاجات الطفل ، وبالإضافة إلي ذلك فأنهم يشعرون أن طلب العون والمساعدة لطفلهم سوف يصبح عبئاً كبيراً علي عاتق أصدقائهم[1].

وفي محيط أسر الأطفال التوحديين ينعزل والدي الطفل التوحدى عن الأصدقاء والمحيطين نتيجة للمسئوليات والمهام العديدة التي تقع علي عاتق كل منهما، ولا يصبح لديهم وقت خال للالتقاء بالآخرين أو لممارسة الأنشطة الاجتماعية، أو لزيارة أهل والأقارب [2]، وقد تنعزل الأم بصفة خاصة عن المجتمع الخارجي نتيجة انشغالها باحتياجات الطفل الاعتمادي الذي يحتاج إلي قدر أكبر من الرعاية عن الطفل العادي[3].

ومن بين الأسباب الأخرى التي تدفع أسرة الطفل التوحدي للابتعاد والانعزال عن المجتمع الخارجي هو الشعور الدائم بعدم العدالة عند الحصول، طفل توحدي، وذلك عندما تقارن الأسرة نفسها بأسر الأطفال الطبيعيين الذين يعيشون بصور طبيعية أو بشكل أقل إيلاماً[4].

وقد تلجأ الأسرة في أحياناً كثيرة إلي إنهاء علاقاتها الاجتماعية بالبيئة المحيطة والامتناع عن بناء أى علاقات اجتماعية جديدة كرغبتها في إخفاء حقيقة إعاقة الطفل، والتي تعتقد أنها سوف تؤثر علي مستقبل الأبناء الأصحاء في الأسرة

---

(1) روزماري لامبي وديبي دانيلر: الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الحاجات الخاصة "الأسس النظرية" مرجع سبق ذكره، ص ص 110-111.

(2) Hugh morgan: Op. Cit, p 9.

(3) نادية إبراهيم أبو السعود : الطفل التوحدى فى الأسرة، المكتب العلمى للنشر والتوزيع ، الإسكندرية، 2000، ص142 .

(4)Bryna Siegl : Op Cit , P 139 .

وعلي مكانتها الاجتماعية بين الأسر المجاورة.

ولذلك يفضل الأبوين عدم خروج الطفل مطلقاً من البيئة الأسرية وفى بعض الأحيان يحاولون إخفاء الطفل عندما يكون هناك زائر جديد فى الأسرة ، ولا يلجأ الأبوين في مثل هذه المواقف إلي المناقشة الصريحة حالة الطفل أو إعاقته بل يحاولان إرجاع ذلك إلي بعض الأسباب الواهية الغير علميه، ولهذا يصبح الآباء والأمهات في حاجة إلي قدر كبير من المساعدة لأزاله تلك المشاعر السلبية والعودة إلي التوافق والاحتكاك بالمجتمع[1].

وأخيراً تكشف الأشكال الثلاثة السابقة في مجملها عن المواقف الإشكالية والصعوبات المختلفة التي تواجه الوالدين بعد ميلاد الطفل التوحدي، ولما كان النوع الأخير المرتبط باضطراب العلاقات الاجتماعية الأساسية هو أكثر أشكال المشكلات الاجتماعية حدة وانتشاراً لدي الآباء والأمهات، كما أشارت نتائج بعض البحوث والدراسات السابقة فإن الدراسة الحالية تحاول الحد والتخفيف من تلك المشكلات والضغوط الملقاة علي عائق لوالدين والناتجة عن الإصابة بالإعاقة والتي تؤدي بدورها للإساءة في معاملة الأطفال التوحديين.

(1) أحمد محمد نصر: مرجع سبق ذكره، ص ص 81-82.

الفصل الثالث

الإساءة الوالدية للطفل التوحدى

مقـــدمة

أولاً: مفهـوم الإسـاءة الوالديـة

ثانياً: تطور الاهتمام بمشكلة إساءة معاملة الأطفال

ثالثاً: أشكال الإساءة الوالديـة للأطفـال ومظاهرهـا

رابعاً: العوامـل المؤديـة لإسـاءة معاملـة الأطفـال

خامساً: السلوك الاجتماعى والتنشئة الاجتماعيـة

سادساً: خصائص (الأطفال المساء إليهم - خصائص الأسر التي تسيء معاملة أطفالها)

سابعاً: الضغوط الوالدية المرتبطة بإساءة معاملة الأطفال

ثامناً: الآثار المترتبة على إساءة معاملة أطفال الأوتيزم.

تاسعاً: حق الطفل فـى الحمايـة والمعاملـة الإنسانيـة.

عاشراً: الاتجاهات النظرية المفسرة لإساءة معاملة الأطفال

مقدمــة :

تُعد الأسرة الوحدة الأساسية في البناء الاجتماعي الذي يتوقف نمو وتقــدم أي مجتمع علي تماسكه وقيام علاقات صحيحة وسليمة بين أفراده. وتقــوم الأســرة بدور أساسي ومهم في عملية التنشئة الاجتماعية للنشء فهي تحافظ علي فطرتــه السوية من أن تتبدل أو تتغير كما تزكي جانب الخير فيه، وحتى تؤدي الأسرة هذا الدور، ينبغي أن تقوم علي الأسس التي وضعتها الشريعة الإسلامية لقيــام نظــام عائلي متماسك، من حيث مكوناته، ومن حيث الوظائف التربويــة والاجتماعيــة والاقتصادية والتشريعية التي تقوم بها لأسرة بغرض تحديد شكل الأسرة ووظائفها وحقوق أعضائها حتى تحقق الغرض المرجو منها ولا تقتصر حقــوق أعــضاء الأسرة علي حقوق الزوجين فقط بل تمتد لتشمل حقوق الأبناء الذين يعدون احــد مكونات الأسرة الأساسية [1].

إن نجاح الأسرة في نهوضها بدورها في عملية التنشئة الاجتماعية مرهون بأمرين:

الأول :أن تهيئ المناخ الأسري المناسب الخــالي مــن المــشكلات والأزمــات الأسرية، والتصدع الأسري بكافة أشكاله ، لتنشئة الأطفال وتربيتهم في جــو آمــن يتميز بالمحبة والأمان، والود والعطاء، والاستقرار النفسي، لتوفير مشاعر الأمــن لدي الطفل ولتوفير عوامل النمو الانفعالي له [2]. حيث يري علماء النفس أن الأسرة المتكاملة ليست تلك التي تكفل لأبنائها الرعاية الاقتصادية والاجتماعية والــصحية فحسب، بل هي الأسرة التي تهيئ لهم الجو النفسي الملائم أيضاً، ومن هنــا فــإن مجرد وجود الطفل في بيت واحد مع والديه لا يعني دائما أنه .يحيا في أسرة أو انه يلقي العناية الأبوية الكافية [3].

---

(1) احمد محمد الشهري: الخصائص النفسية والاجتماعية والعضوية للأطفال المتعرضين للإيــذاء رســالة ماجستير، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2006، ص 14.

(2) حسين عبد الحميد احمد رشوان: الطفل دراسة في علم الاجتماع النفسي، المكتب الجــامعي الحــديث، الإسكندرية 1992، ص 27.

(3) سميحة كرم توفيق: مدخل إلي العلاقات الأسرية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1996، ص1.

الثاني :أن تتبع الأسرة الأساليب التربوية الصحيحة في تنشئة أبنائهـــا ويقتـــضي ذلك بطبيعة الجال العلم بهذه الأساليب وتمثلها في الحياة اليومية للأسرة في علاقـــة الآباء بالأبناء [1].

ولكن مع وجود الكثير من التعقيدات والتغيرات والتطورات، وزيادة أعباء الحياة المعاصرة ومشكلاتها، قد لا تتمكن الأسرة من النهوض بدورها في عملية التنـــشئة الاجتماعية للأطفال، فقد تؤدي الظروف المختلفة للأسرة، مثل :العوامل التي تتعلق بأفرادها أو العوامل الاجتماعية والاقتصادية المحيطة بها، والتي تؤدي إلي الحيلولة دون تمكّن الأسرة من توفير الجو الآمن الهادئ لعملية التنشئة، وقـــد تحـــول هـــذه الظروف دون إتباع أساليب التنشئة الأسرية الصحيحة، إما للجهل بهذه الأساليب أو بعضها أو إهماله، أو إتباع أساليب تربوية خاطئة تتسم بالتشدد الزائـــد أو الحمايـــة المبالغ فيها لسبب أو لأخر، وقد تتطور المسالة فتصل إلي الإساءة إلي الأطفال بشكل أو بآخر، وإيذائهم جسمانياً بالضرب أو خلافه، أو نفسياً بالشتم والسب وغير ذلك، وربما يحدث في بعض الحالات أن يتعرض الأطفال للتحرش أو الإساءة الجنـــسية كنتيجة لإهمال الوالدين وعدم قيامهما بالدور المنوط بهمـــا فـــي عمليـــة التنـــشئة الاجتماعية للأطفال [2].

ويقول" جريسبان " Greenspan" إن هناك الكثير الذي يمكن عملـــه مـــن منطلق إن الشخصية تفاعل بين التكوين الوراثي والظروف البيئيـــة . أمـــا كيفيـــة تفاعلهما فإنه يعتمد علي الطريقة التي يستجيب لها الأبوان [3].

---

(1) حسين عبد الحميد احمد رشوان، مرجع سابق، 1992، ص27

(2) احمد محمد الشهري: الخصائص النفسية والاجتماعية والعضوية للأطفال المتعرضـــين للإيـــذاء، رســـالة ماجستير، الرياض، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 2006 ، ص14.

(3) توفيق عبد المنعم توفيق: العلاقة بين إساءة معاملة الطفل وبعض المتغيرات النفـــسية والاجتماعيـــة، مجلة الطفولة العربية ، المجلد الرابع العدد الخامس عشر يونيو، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت، 2003،ص 13.

وتشير [1] إن هناك تقبل من بعض الأسر في إتباع أسلوب العنف كأحد الأساليب المناسبة للتنشئة، و إذ كان هناك اختلاف فيما يطلق عليه من تسميات مختلفة كالتأديب أو العقاب أو التربية. وذكر [2] أنه لابد من التمييز بين العقاب التربوي الذي يكـــون بغرض التنشئة الاجتماعية، وبين العقاب الغير مبرر له وهو عقاب غير مقبول حيث يغلب عليه طابع العنف الذي يولد اضطرابات في العلاقات بين أفراد الأسرة.

ويعد العقاب البدني القاسي المستخدم من قبل الوالدين أحد العوامل المهم التـــي تؤدي إلي ظهور معظم المشكلات السلوكية للأطفال والذي يدفعهم إلي الانحـــراف وجنوح، ومع ذلك يعتبر من غير المعقول تجنب استخدام العقاب تماماً في التنـــشئة، وأشار [3] أن العقاب إذا استخدم بطريقة ملائمة وبحكمة واعتدال يمكن أن يكون له نتيجة فعالة في الحث علي السلوك المناسب .كما يقول [4] إن ضربة عــصا جيـــدة يمكن أن يكن لها أثر طيب في إيقاظ عقل الطفل وضميره، وعدم القيام بمثـــل هـــذا التأديب في الحالات المزعجة هو إهمال مؤذي للطفل وللمجتمع.

ويتضح مما سبق أن العقاب يعتبر أحد الوسائل الاصطلاحية عندما يتجاوز الطفل حدود الأدب وتستنفذ كل المحاولات في الإصلاح عندها يكون العقاب أمر لا مفـــر منه . وفي الشريعة الإسلامية يجوز للأسرة أن تضرب طفلها الذي وصل إلي سن العاشرة ولم يزاول الصلاة، وهذا ما حث علي الرسول صلي الله علية وســـلم فـــي الحديث علي استخدام الضرب لمثل هذه الحالات فقال " **أمروا أولادكم بالصلاة وهم أبناء سبع سنين، واضربوهم عليها وهم أبنـــاء عـــشر، وفرقـــوا بيـــنهم فـــي**

(1) منيرة بنت عبد الرحمن آل سعود: إيذاء الطفل، أنواعه وأسبابه وخصائص المتعرضين لـــه، مرجـــع سبق ذكره، ص23.

(2) جليل وديع شكور: كيف تصنعين مستقبلا لطفلك ، ط 2، عالم الكتب، بيروت، 1995، ص109.

(3) احمد السيد محمد إسماعيل: مشكلات الطفل السلوكية وأســـاليب تربية،الوالـــدين، ط 2، دار الفكـــر الجامعي، الإسكندرية، 1995، ص91.

(4) محمود إسماعيل عمار: تعليم بلا عقاب الثواب والعقاب في التربيـــة، دار عـــالم الكتـــب، الريـــاض، 1999، ص277.

المضاجع"، حديث صحيح رواه أبو داود والحاكم [1] وجاء في الحديث الصحيح: **"علقوا السوط حيث يراه أهل البيت، فإنه أدب لهم"** [2].

إن تأديب الطفل من المنظور الإسلامي التربوي هو أن يوضع في موضعه المناسب وبقدره المحدد مع الأخذ بعين الاعتبار جميع القواعد والضوابط عندها يكون لهذا العقاب أثره الإيجابي، ولكن إن لم تأخذ هذه الاعتبارات خرج التأديب أو العقاب إلي مساره السلبي الذي يعود بالآثار السيئة التي لا تحمد عقباها من النواحي النفسية والفكرية والخلقية والجسدية.... الخ [3].

ونوه [4] أن العقاب البدني عندما يأخذ صوره قاسية جدا لدرجة إيذاء الطفل وجرحه أو حرقة فإننا في هذه الحالة بصدد ما يسمي بإساءة معاملة الطفل .وعليه فان إساءة معاملة الوالدين السيئة للطفل يعتبرها الباحثين أحد أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة التي يستخدمها الوالدان، ولهذا يلاحظ علي الأسلوب أنه خليط يجمع من أساليب العقاب البدني والإهمال والبرودة، وإن كان العقاب البدني يأخذ شكلاً أكثر عنفاً وقسوة مما قد ينتج عنه أذي بدني للطفل.

والباحث يرى أنه من الممكن أن تسبب أساليب التنشئة الاجتماعية خاصة التي يستخدمها الوالدان علي أطفالهم بطريقة خاطئة سواء كانت متعمدة أو غير متعمدة التي تتدرج ما بين الإهمال إلي صورة العقوبة البدنية وقد تظهر في صور مختلفة من الأذى الواقع عليهم وقد يبلغ بعضها درجة الأذى الجسمي وذلك عندما تتخطى العقوبة فيها القدر المعقول، وأيضا عند استخدامه في حالة الغضب أو عندما يكون

---

(1) جمال مختار حمزة مختار: سلوك الوالدين الإيذائي للطفل وأثرها علي الأمن النفسي له، مرجع سبق ذكرها، ص128-143.

(2)محمد نور بن عبد الحفيظ سويد: منهج التربية النبوية للطفل ،ط 6، دمشق لبنان، دار ابن كثير، مكة المكرمة، دار طيبة الخضراء، 2006، ص192.

(3) كلير فهيم: رعاية الأبناء ضحايا العنف، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2007، ص9.

(4) احمد السيد محمد إسماعيل: مرجع سابق، 1995،ص 91.

الو الدان أو أحدهما في وضع غير طبيعي لسبب من الأسباب فعندها ينحرف عن الطريق الصحيح و الهدف الذي خصص من أجله. وفي هذا تحدث [1] أنه في حالة استخدام الضرب وخروجه من الحد المعقول يترتب عليه أذي بدني وأخر معنويا وكلاهما يؤذي الطفل صحيا ومعنويا ويولد في نفسه الكراهية والحقد علي الو الدان أو المسبب الأذى.

مما سبق يتضح إن العقاب البدني وإساءة المعاملة بينهم اختلافات وفروق حيث أن العقاب البدني يستخدم عند الضرورة وفي الحدود المعقولة وبشكل يتلاءم مع الذنب الذي قام به الطفل .بينما الإساءة لا ضرورة لها وتؤدي إلي إحداث أثار سلبية علي شخصية الطفل من النواحي الجسمية والنفسية والصحية، ولكن إذا انحرف العقاب البدني عن مساره الطبيعي أو أخد شكل من الإشكال العنف والقسوة ينتج عنه الأذى الجسمي والنفسي سواء كان جروح و حروقاً أو إهانات أو إهمال فإنه يتدرج تحت ما يسمي بالإساءة المعاملة.

وتعتبر الإساءة هي الدرجة المتطرفة من العقاب البدني الذي ينتج عنه الأذى البدني سواء كان جروح أو غيرها، في حين أن العقاب البدني هو عقاب تربوي الهدف منه التربية و التوجيه والشرط فيه عدم الضرر وإحداث الأذى البدني، ولكن قد يتحول العقاب البدن ي إلي إساءة عندما ينتج منه جروح أو أذي جسمي ونفسي للطفل، وبالتالي فإن العقاب البدني المتطرف يؤدي إلي مشاكل نفسية وسلوكيه واجتماعية وذلك لان استخدامه لغير مناسب وانحرافه عن حدوده الطبيعية لا يرضاه الدين الإسلامي ويكون سبباً لمعظم المشكلات السلوكية [2]. وإذا كان العقاب البدني يؤدي بسرعة لضبط سلوك الطفل ومن ثم تحقيق أهداف الوالدين إلا أن هذا الأسلوب لا يفيد علي المدى البعيد بل سيخلف لنا أطفال منحرفين سلوكياً ونفسياً.

---

(1) محمد عبد الرحيم غدس: بناء الثقة وتنمية القدرات في تربية الأطفال، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، 1998، ص184.

(2) احمد السيد محمد إسماعيل: مرجع سابق،1995، ص 91.

اولاً : مفهوم الإساءة الوالدية :

ويتم تجزئة هذا المفهوم إلى جزئين :

أ-مفهوم الإساءة. ب-مفهوم الوالدية.

وفيما يلي عرض لكل منهما :

أ-مفهوم الإساءة Abuse :

(أ) الإساءة في اللغة:

تعرف الإساءة لغوياً على أنها تأتي من الفعل أساء الأمر "سوءاً" أي لحقه ما يشينه ويقبحه ـ وبه ظن ما لم يحسن ظنه وارتاب فيه وشك فهو يسيء والسوء كل ما يغم الإنسان وكل ما يقبح وهو ضد الحسن . وساء كلمة تقال في الندم كبئس يقال ساء ما فعل[1].

ويشير المعجم الوسيط إلى (أساء) فلان أتى بما يسوء والشيء لم يحسن عمله وإلى فلان الحق به ما يشينه ويضره سواه الحق به ما يشينه ويقبحه واستاء تألم واكتأب وتأثر و(السيء) كل قبيح وشان و(السيئة) العيب والنقص و(المساءة) نقيض المسرة[2].

وتعرف الإساءة في اللغة الإنجليزية Abuse على أنها تعني إساءة استعمال حق أو سلطة بظلم ، ويسيء معاملة فلان وتأتي جمع بمعنى مساوئ أو مفاسد أو تعسفات أو إساءة استعمال أو سباب أو الإيذاء الجسدي[3].

وتشير إساءة معاملة الأطفال في الولايات المتحدة إلى ثلاثة أشكال رئيسية من الإساءة والإهمال وهي : الإساءة الجسمية، الإساءة الجنسية ، والإهمال. علاوة

---

(1) إبراهيم مدكور : المعجم الوجيز (طبعة خاصة بوزارة التربية والتعليم)، مجمع اللغة العربية، القاهرة، 1993، ص 326.

(2) إبراهيم مدكور : المعجم الوسيط، دار المعارف، القاهرة، 1980، ص 459.

(3) منير البعلبكي: قاموس المورد (إنجليزي ـ عربي) ، دار العلم للملايين، لبنان، 1997، ص 21.

على ذلك فإنه يتم تعريف إهمال وإساءة معاملة الأطفال من خلال الحقيقة التي مؤداها: إن إساءة المعاملة تحاط بسياق بيئي من الوالد أو المسئول عن رعاية الطفل. ويعرف قانون الطفل لعام 2003 الإساءة أو إهمال الطفل بأنه: "أي فعل أو الإخفاق في التصرف من جانب الوالد أو المسئول عن رعاية الطفل والذي ينتج عنه الموت، أو ضرر أو أذى جسمي أو وجداني أو إساءة جنسية.

ويعرف العقل على أنه قول أشياء أو كلمات سيئة أو الحديث عن فلان بطريقة سيئة أو الاستخدام بطريقة غير ملائمة. والإساءة تعني عدم العطف أو الكلمات البذيئة أو استخدام خاطئ كاستخدام العقاقير أو المخدرات [1].

ويستخدم مصطلح الإساءة Abuse مرادفاً لمصطلح العنف Violence في علم الاجتماع ويقصد به أي فعل يقوم به أحد أفراد الأسرة بقصد إيقاع الضرر بشخص آخر فهو الممارسة المتعمدة أو المقصودة من جانب أحد الآباء أو أولياء الأمور بهدف الإيذاء والإضرار [2]. كما تعرف الإساءة في علم الاجتماع على أنها تعبر عن انتهاك يحتوي على مفهومات شاملة تتضمن الإهمال. حيث يضعون إهمال الطفل على ذات المتصل الذي يتضمن الإساءة البدنية، والإهمال العاطفي ويمكن إدراجهم تحت مفهوم أكثر عمومية وهو الانتهاك إلى أن هذه الأشكال من إساءة المعاملة من الصعب تحديدها وقياسها[3].

وعرف الإساءة قاموس الخدمة الاجتماعية 1991بأنها "سلوك خاطئ وغير سوي يقصد به الأذى والضرر الجسمي أو النفسي أو المالي بفرد أو جماعة [4].

---

(1) Terry Mizrahi & Larry E. Davis: Child Abuse and Neglect Overview, Encyclopedia of Social Work, 20th Edition, Vol (1), Washington Nasw Press, 2008, P.P. 236 : 237.

(2) Long Man: Active Study Dictionary of England U. K. 1 long Man Group Limited, 1986 K; P. 3.

(3) إجلال إسماعيل حلمي: العنف الأسري، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة، 1997، ص : 15.

(4)Barker, R.: the social work Dictionary (washington, DC, National Assoction of social workers press, 1991) p:864.

كما عرفتها جمعية منع الإساءة للأطفال nccan عام 1996 بأنها "أي سلوك من جانب الوالد أو القائم علي رعاية الطفل، والذي ينجم عنه أذى بدني، ونفسي، وإنفعالى حقيقي، وربما ينتج عنه وفاة الطفل [1]. ويشير بعض المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية إلي الإساءة للطفل علي أنها أى فعل من جهة الآباء أى شخص ما أو مؤسسة أو من المجتمع ككل يؤدي إلي حرمان الطفل من المساواة في الحقوق والحرية كغيرة من أفراد المجتمع، أو يؤدى إلي عرقله الطفل وإبعاده عن تحقيق أفضل تطور ونمو لإمكاناته بالقهر والقوة [2].

وتشير منظمة اليونيسيف أن إساءة معاملة الأطفال تقع تحت ما يسمي بالأطفال في الظروف الصعبة وهي تري أنهم الذين يتعرضون لظروف تضرهم صحياً، جسدياً، نفسياً، وتعوق نموهم الطبيعي من إهمال وإساءة المعاملة وتحرش جنسي وغيره من إشكال الإساءة المتعددة[3].

إما منظمة الصحة العالمية 2002 فعرفت إساءة معاملة الأطفال بأنها "حالة تشمل جميع أشكال المعاملة السيئة البدنية أو العاطفية أو كليهما، والانتهاك الجنسي، والإهمال أو المعاملة بإهمال، أو أي فعل من شأنه أن يؤدي إلي أذية حقيقة أو محتمله تؤذي صحة الطفل أو بقاءه أو تطوره أو كرامته من خلال سياق علاقات المسئولية، وثقته أو قوته[4].

---

(1) National center on child Abuse and Neglect (n.c.c.a.n): child Maltreat ment (washington, DC,Report from the states to the National center on child Abuse and Neglect,1995.

(2) أمان محمود وسامية صابر: مركزية الذات ووجهة الضبط والحالة المزاجية لدي الأطفال المساء معاملتهم، (بحث منشور في مجلة الطفولة العربية)، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت، العدد (15) ، 2003 ، ص43.

(3) شهندة الباز: وضع مشاكل الطفلة في مجال الأطفال في ظروف صعبة، مجلة ثقافة الطفل، القاهرة، العدد (14)، 1995، ص ص 29: 39.

(4) منظمة الصحة العالمية: التقرير العالمي حول العنف والصحة، المكتب الإقليمى لشرق المتوسط، القاهرة، 2002. ص61.

وعن مفهوم الإساءة من الناحية الطبية فقد توسع تعبير إساءة المعاملة ليصبح أكثر شمولاً، بحيث يشمل الأفعال التي تهدد إمكانية سعادة الأطفال ونموهم. ورغم أن الإيذاء الفيزيائي يبقي مركزياً عند أولئك الذين يهتمون بالقسوة في معاملة الأطفال، فقد تم أيضاً تعريف إساءة المعاملة علي أنها اعتداء جنسي، وقصور في النمو، وحرمان عاطفي، وحرمان علاجي ، وحرمان ثقافي، وكبت من قبل المؤسسات وكانت إساءة المعاملة تعتبر متلازمة سريريه فأصبحت مفهوماً أوسع ينطبق علي إهمال الآباء والمشرفين، واقترافهم أعمالاً تؤذي الأطفال وتنطوي علي الإضرار بهم(1).

ويري بعض المتخصصين في الإرشاد النفسي أن الإساءة للطفل : هى كل ما من شأنه أن يعوق نمو الطفل، النمو المتكامل سواء بصورة متعمدة أو غير متعمدة من قبل القائمين علي أمر تنشئته ويتضمن ذلك الإتيان بعمل يترتب عليه إيقاع ضرر مباشر بالطفل كالإيذاء البدني أو ممارسة سلوكيات أو اتخاذ إجراءات تحول دون إشباع حاجات الطفل المتنوعة وتوفير الفرص المواتية لنموه السليم(2).

وعرفها "احمد السيد إسماعيل" و "توفيق عبد المنعم" 1996بانها سلوك عنيف وقاس موجه ضد الطفل من الوالدين أو من القائمين علي رعايته، مما ينتج عنه جرح أو إصابة للطفل أو إيذاء نفسياً أثناء مواقف التفاعل والتنشئة، ومن شأنه حرمان الطفل من حقوقه أو تقييد حريته وقدرته علي النمو بصورة سوية سواء أكان هذا السلوك نتيجة إهمال أو خطأ مقصود(3).

"وعرفها صالح بن عبد الله" 2000 علي أنها تعني استخدام العقوبة البدنية أو النفسية المتكررة من جانب الوالدين أو كليهما للأطفال القصر سواء أكان ذلك عن

(1) مجموعة من الكتاب (ترجمه احمد رمو): إساءة معاملة الأطفال، مكتبة الأسد، دمشق، 1997، ص ص: 49 : 50 .

(2) عبد السلام عبد الغفار وآخرون: إساءة معاملة الطفل في المجتمع المصري، مرجع سبق ذكره، ص 4.

(3) أحمد السيد إسماعيل وتوفيق عبد المنعم توفيق: دراسة لبعض المتغيرات النفسية المرتبطة بإساءة معاملة الطفل لدي بعض الأسر المصرية، مرجع سبق ذكره، ص10.

طرق الغاية المقصودة والعقاب البدني المبرح أو من خلال السخرية والإهانة المستمرة للطفل، أو من خلال إهمال رعايته وعدم توفير احتياجات الصحية والجسمية والنفسية والاجتماعية الأساسية، أو من خلال استغلالهم من جانب القائمين علي رعايتهم وتكليفهم بأعمال تفوق طاقتهم[1].

وتعرف الإساءة الوالدية في كثير من الدراسات بأنها كل أشكال السلوك اللفظي وغير اللفظي التي تؤذي الطفل وتسبب له نوعاً من الألم الجسمي أو النفسي وإهماله وعدم تلبيه احتياجاته[2].

وفي الخدمة الاجتماعية تعرف دائرة معارف الخدمة الاجتماعية الإساءة علي أنها الجرح الجسدي أو الإساءة الجنسية أو إهمال شخص مسئول عن رعاية الطفل تحت ظروف تهدد أو تضر بسعادته[3].

(ب)مفهوم الوالدية:

تُعرف الوالدية لغوياً علي أنها تأتي من الفعل ولد: يلد وولاداً وولادة ومولداً والأنثي: وضعت حملها فهي والد ووالدة. ولد الولد: رباه – والشيء من الشيء: انشأه منه[4].

وتعرف في المعجم الوجيز بأن الوالد: الأب، الوالدان: الأب والأم، الوالدة: الأم[5].

---

(1) صالح بن عبد الله: إساءة معاملة الأطفال، مرجع سبق ذكره، ص92.

(2) محمد نبيل عبد الحميد وأسماء عبد المنعم إبراهيم : الإساءة الوالدية كما يدركها الطفل وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية، (بحث منشور في المؤتمر السنوي الأول للبحوث الاجتماعية، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة، المجلد الأول، في الفترة من 9-13 مايو، 1999.

(3)Wells, Susan J : Child Abuse and Neglect Over View Encyclopedia of Social Work, 19 ch, Edetion, Vol (1), Washington : NASW Press National Association of Social Workers, 1995, P 347.

(4) المنجد فى اللغة العربية والإعلام، دار الشرف، بيروت، ط(37)، 1998، ص 917 .

(5) إبراهيم مدكور: المعجم الوجيز لطبعة خاصة بوزارة التربية والتعليم، مجمع اللغة العربية، القاهرة، 2002. ص 681.

ومن ثم فإن الوالدى، والوالدية صيغة من صيغ النسب تشير إلي كل ما يتصل بالوالدين أو ينسب إليهما من أفعال أو تصرفات أو اتجاهات.

ويعتبر مصطلح الوالدية Parent Hood أصدق تعبير عن خلق العلاقات بين الوالدين والطفل وهى المفتاح المسئول عن توفير الأساس الإنفعالي والأمن للأطفال، والذي يساعد علي تحديد إنفعالاتهم أو التحكم فيها وذلك من خلال مهارات الوالدية التي تدفع الأطفال إلي تحقيق النمو المأمول منهم وتساعدهم علي التغلب علي مشكلات الحياة[1].

ويشار للوالدية في علم النفس علي أنها "تعني استجابة الوالدين الانفعالية وتفاعلهما مع الأبناء، وذلك من خلال تقديم الأساس الانفعالي والآمن لاكتشاف وفهم طبيعة انفعالات الأبناء، والتعاون معهم وتقدير ذواتهم والسماح لهم بأن يكونوا أنفسهم، مما يدفع الأبناء إلي التقدم في كل مجالات الحياة [2].

وللوالدية مجموعة من العناصر أوضحها جوتمانGottman 1997 فيما يلي[3]:

1-تعلم من أطفالك وتعني فهم خبراتهم عن العالم وفهم دوافعهم الانفعالية وفهم استجاباتك الانفعالية لهم.

2-السماح لهم بأن يكونوا أنفسهم.

3-إمتاعهم.

4-تقديرهم.

5-إرشادهم.

6-إعطاءهم القوة.

---

(1) إسماعيل إبراهيم محمد بدر: الوالدية الحنونة كما يدركها الأبناء وعلاقتها بالذكاء الانفعالي لديهم، بحث منشور في مجلة الإرشاد النفسي، كلية التربية، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد (15)، 2002، ص14.

(2)Stosny.s. :compassiomate parenting. Eric. Eb. No 15875.

(3)Gottminj: the Heart of paranting: How to Raise an Emotionanlly Intterluent Chils : http:/www.Gottman.com.

مكونات الوالدية كما يلي:

1-تحديد انفعالات الوالدين.

2-إدارة انفعالات الوالدين.

3-تهيئة بيئة انفعالية إيجابية وتشمل توفير الأمن النفسي- الاحترام المتبادل والثقة- التفاهم والرعاية والاهتمام.

4-حل الصراع وتعني البحث الصادق للمشاعر والانفعالات والبحث عن أسباب هذه الانفعالات وتحديد الانفعالات غير الملائمة.

وتعرف الوالدية في مجال الصحة النفسية علي إنها تمثل في جوهرها عملية مركبة ومسئولية الوالدان تجاه الأطفال والتي تتكون من العديد من الوظائف بما فيها تعليم الطفل بحيث يتصف بالاجتماعية وفي نفس الوقت إكسابه مهارات الحياة، ويمثل كل من الاحترام والمسئولية العاملان الأساسيان في الوالديه، فالاحترام كاتجاه يشكل معني الوالديه الفاعلة حيث تؤثر فى كل علاقة وكل نمط تفاعلى يتضمن عملية تنشئة الطفل والمسئولية تشكل أساس الوالديه الناجحة حيث تمثل تقبل دور تعليم وإرشاد الأطفال حتى يصلون إلي سن الرشد، فالأب والأم اللذان تقوم علاقتهما علي الاحترام- يشعر كل منهما بإيجابية عن ذاته وذات الأخر وبالتالي يكونا قادران علي تنشئة أطفالهما بصورة إيجابية وعلي جانب آخر فإن الأفراد الذين يخافون الوالديه وينظرون إليها كتهديد لحريتهم وسعادتهم لا يكونوا علي استعداد للقيام بدور الوالدية [1].

وبالتالي فهم يحتاجون إلي الإرشاد النفسي والدينى والأسري للتخلص من تلك الاتجاهات المعوقة لأدوارهم.

---

(1) عادل عز الدين الأشول: الإرشاد الأسري والوالدية الفاعلة، (بحث منشور فى المؤتمر الخامس للطفل المصري رعاية الطفولة في عقد حماية الطفل المصرى ، مركز الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، المجلد الثاني في الفترة من 28-30أبريل 1992، ص ص: 888-889.

بينما يعرفها "يوسف عبد الصمد عبد اللاه" 2004 بأنها تمثيل العلاقة بين الوالدين والأبناء تعتمد علي الأساليب التربوية التي من خلالها يدرك الأبناء إن كلاً من الأب والأم يمنحهم الحب والعطف والتقدير والاهتمام يشعرهم بالدفء العائلي أو أنه يمنحهم الحقد والكراهية ويشعرهم بالشقاء والحرمان العاطفي الأسري[1]. أما عن مفهوم الوالديه في القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة، تتفق الدلالة القرآنية لمفهوم الوالديه مع الدلالة اللغوية إلي حد بعيد.

ويشير القرآن إلي أربعة أنواع من الوالديه[2].

1-**والدية النسب**: وجذورها هو آدم وحواء فهما الوالدان والكل ولدهما وكل إنسان تثبت له بالنسب وكل من جاء نسله من جهة البنين والبنات.

2-**والدية الرسل**: ومن النماذج القرآنية أبوة سيدنا إبراهيم عليه السلام للأمة الإسلامية ونسبه ذرية إسرائيل إليه (بني إسرائيل).

3-**والديه الرضاعة**: وهي ظاهرة لوالديه النسب فيما يتعلق بالمصاهرة والاختلاط وأن اختلفت عنها في منظومة الحقوق والواجبات المتبادلة.

4- **والدية السبيل**: ولها أهمية كبيرة من حيث ربطها بين الإنسان والكون والمنهج، وتشير السنة النبوية إلي ما يمكن تسميته (والدية النبوة المستدامه) وهي التي تنجب الأولاد الصالحين الداعين لأبيهم وذلك لأن الأجر لا يحصل إلا من الولد الصالح.

---

(1) يوسف عبد الصبور عبد اللاه: أساليب المعاملة السوية للأبناء وكيفية تحقيقها في ضوء التغيرات الثقافية والاجتماعية، (بحث منشور في ندوه نحو والديه راشدة من أجل مجتمع أرشد: جامعة جنوب الوادى، كلية التربية بسوهاج، مركز الدراسات المعرفية، المنعقدة في الفترة من 30-31 مارس)، 2004، ص ص 73: 74.

(2) السيد عمر: الوالديه والتربية السياسية للأبناء في ضوء الرؤية الكونية الحضارية الإسلامية (مقارنه أوليه في التأسيس المفاهيمى بحث منشور في ندوة نحو والديه راشدة من أجل مجتمع راشد، جامعة جنوب الوادي، مركز الدراسات المعرفية، كلية التربية بسوهاج، ج2 المنعقد في الفترة من 30-31 مارس) 2004 ص372.

ويشير مفهوم الإساءة الوالدية نظرياً في هذه الدراسة بأنها نمط من التعامل السيء من أحد الوالدين أو كليهما تجاه الطفل تخلي فيه الوالدان عن مسئوليتهما الشرعية، وحرم الطفل من الرعاية الوالدية واستمرت الإساءة والإهمال للطفل بعد أن تخلوا عنه في استخدام العقوبة البدنية أو النفسية أو إهماله من خلال عدم السؤال عنه أو زيارته بالمؤسسة باستمرار، وعدم حرص الوالدان علي إقامة علاقة بينهما وبين المؤسسة المقيم فيها الطفل وضعف صفه الوالديه.

وتحدد مفهوم الإساءة الوالدية إجرائياً كما يلي:

أ-نمط سيء في تعامل أحد الوالدين أو كليهما مع الطفل.

ب-يظهر هذا النمط حالياً عندما يتخلى أحد الوالدين أو كليهما عن مسئوليتهما تجاه الطفل.

ج-يقوم أحد الوالدين بقطع العلاقة بينهما وبين المؤسسة التي يقيم بها الطفل في حالة إقامة الطفل بأحد مؤسسات رعاية الفئات الخاصة.

د-يستمر النمط السيء في التعامل مع الطفل أثناء إقامته بالمؤسسة بعدم زيارته وسؤ معاملته أثناء الزيارة.

هـ-يظهر ذلك في استخدام العقوبة البدنية كما سيتم تناولها فيما بعد.

و-تقصير الوالدين في زيارة الطفل ومده وبما يلزمه من احتياجات.

ز-إهمال الطفل جسمياً وعقلياً ونفسياً وروحياً وتربوياً.

ونظراً لتعدد أنواع الإساءة سوف تركز الدراسة علي ثلاثة أنواع أساسية:

1-الإساءة الجسمية من خلال المظهر الخارجي والجروح.

2-الإساءة النفسية من خلال التخلي عن الطفل والرفض والخصام والقطيعة.

3-الإساءة عن طريق الإهمال الجسمي والصحي والإهمال التربوي وسوف يتم تناول كل واحدة من هذه الأنواع بالتعريف النظري والإجرائي.

ويقصد بالإساءة الجسمية نظرياً في هذه الدراسة:

كل ضرر جسمي مباشر أو غير مباشر موجه من أحد الوالدين أوكليهما نحو الطفل أثناء زيارة الطفل لأحد الوالدين أو كليهما ويتسبب ذلك الضرر في الإضرار بالمظهر الخارجي أو الضرر البدني، وقد يستخدم الضرب أو الحرق أو الجرح.

وتتحدد الإساءة الجسمية إجرائياً في هذه الدراسة فيما يلي:

1-تصدر عن أحد الوالدين أو كليهما.

2-تعتمد هذه الإساءة علي الضرب باليد أو بأي أداة حادة.

3-قد تكون الإساءة بشكل مباشرة أو غير مباشر.

4-تحدث الإساءة الجسمية أثناء فترة زيارته لأحد الوالدين أو كليهما.

5-تترك الإساءة الجسمية أحياناً آثاراً واضحة أو مستترة علي الطفل.

6- إهمال في المظهر الخارجي.

أما عن الإساءة النفسية فتعرف نظراً في هذه الدراسة علي أنها:

"أي سلوك أو فعل متعمد يصدر من قبل أحد الوالدين أو كليهما تجاه الطفل ويتسبب في إحداث نوع من الألم النفسي وذلك بإتباع أساليب مسببه للألم النفسى أهمها رفض الطفل والتخلى عنه وعدم زيارته حتى فى المؤسسة، وعدم الاهتمام بشئونه وخصامه وأحياناً نبذه والاستخفاف به بعدم السؤال عنه فى المؤسسة.

ويتم تحديد مفهوم الإساءة النفسية إجرائياً فى إطار هذه الدراسة على أنها :

1-تعمد رفض أحد الوالدين أو كليهما للطفل.

2-عدم تقرير الوالدان لمشاعر طفلهما.

3-تعرض الطفل للإساءة اللفظية.

4- تخلى الوالدين عن الطفل بتركه فى المؤسسة دون السؤال عنه أو زياته

5-الإفراط فى توجيه اللوم على الطفل.

6- إشعار أحد الوالدين أو كليهما الطفل بأنه غير مرغوب فيه.

أما عن الإهمال فيعرف نظرياً فى إطار هذه الدراسة على أنه:

"عدم اهتمام أحد الوالدين أو كليهما بإشباع الاحتياجات الصحية والغذائية وعدم الحرص على تربية الطفل وتنشئته وإهمال جميع شئونه وإهمال متابعته وزيارته بالمؤسسة".

ويتحدد مفهوم الإساءة عن طريق الإهمال فى هذه الدراسة إجرائياً كما يلى:-

1-عدم الاهتمام بالجانب الصحى للطفل بالسؤال عنه فى المؤسسة.

2-عدم توفير المأكل والملبس المناسبين للطفل.

3-عدم متابعة الطفل فى داخل المؤسسة من الناحية التعليمية والأكاديمية

4-عدم الاهتمام بالسؤال عن النتائج المرتبطة بسنوات الدراسة.

5- عدم الاهتمام بمشكلات الطفل أثناء إقامته بالمؤسسة.

ويمكن قياس أنواع الإساءة السابقة (الجسمية، والنفسية، والإهمال) من خلال الإطلاع على الملفات الخاصة بكل طفل حسب قدراته المتبقية والموجودة فى داخل المؤسسة.

ثانياً: تطور الاهتمام بمشكلة إساءة معاملة الأطفال:

فرضت قضية سوء معاملة الأطفال نفسها على الساحة الاجتماعية الدولية والمحلية، الأمر الذى يجعلنا نعترف بأن أطفالنا يتعرضون لسوء المعاملة من الوالدين وفى إطار الأسرة بشكل مباشر أو غير مباشر إذ تعتبر ظاهرة سوء معاملة الأطفال مشكلة كبيرة يتعرض لها الطفل فى أى عمّر وفى أى جنس فى أى مجتمع، وليست قاصرة على طبقة اجتماعية أو اقتصادية معينة، وأنها ليست ظاهرة تخص طبقات الدنيا فحسب[1].

---

(1) هشام محمد إبراهيم مخيمر: خبرات الإساءة فى مرحلة الطفولة وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من تلاميذ المرحلة المتوسطة بمكة المكرمة، بحث منشور فى مجلة دراسات تربوية واجتماعية، كلية التربية، جامعة حلوان، المجلد العاشر، العدد (4)، 2004، ص369.

وكان اكتشاف انتهاك أو إساءة معاملة الطفل فى الستينيات من القرن العشرين، ومن خلال مقالة نشرها باحث متخصص فى أشعة الأطفال هـو John Coffey عندما لاحظ وجود علاقة متكررة بين النزيف الداخلى والكسور فى عظام الساق فى الأطفال، وظن Coffey وآخرون ممن لاحظوا هذه الظاهرة أنه يمكن تفسيرها فى ضوء طبيعة العلاج الطبى المستخدم، ولكنه توصل إلى أن السبب الأساسى لها هو سوء سلوك وضرر متعمد ولقد خضعت هذه الظاهرة لملاحظة منتظمة لمدة أربع سنوات، ثم تم الإعلان عن الاكتشاف الذى أعتد بمثابة مشكلة اجتماعية فى الأساس(1).

يصف ذلك ببديل Padbill 1961 قائلاً: فى عام 1961 عقدت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال ندوة عن مشكلة انتهاك الطفل تحت إشراف كيمب Kemep وحتى يلفت الانتباه نحو خطورة المشكلة طرح مفهوم أعراض الطفل المضروب ولقد لفتت هذه الندوة اهتماماً كبيراً من الناس وأثارت الاهتمام الحالى بهذه المشكلة(2). وأن التركيز والاهتمام بمشكلة إساءة الوالدين لأطفالهم لم تبدأ إلا حين تحسنت الظروف الاجتماعية فى بعض المجتمعات، بحيث استطاعت التحكم فى انتشار أمراض الأطفال وفى سوء التغذية بحيث انخفض معدل وفيات الأطفال، والطريف أن الجمعية الملكية للرفق بالأطفال فى بريطانيا أنشئت عقب إنشاء جمعية الرفق بالحيوان وقد كان لإنشاء هذه الجمعية الفضل فى بداية الدراسة المنظمة لهذه المشكلة(3).

---

(1) عدلى السمرى: العنف فى الأسرة "تأديب مشروع أم انتهاك محظور، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2001،ص 147.

(2)Rodbill. J.,: Ahistory of Child Abuse and Infanticide in Ray. Helfer Krmpe ceds The Battered Child, 2nd, University of Chicago: Press , 1974.

(3) عبد الرحمن عسيرى: الأنماط التقليدية والمستحدثة لسوء معاملة الأطفال والآثار المترتبة عليها، بحث منشور فى أعمال ندوة سوء معاملة الأطفال واستغلالهم غير المشروع، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط (1)، 2001، ص16.

وبعد قرون من الإهمال واللامبالاة والقسوة، ولدت حركة اجتماعية تضم الآلاف من الناس وتنفق الملايين من الدولارات وكانت "كلورادو" أول ولاية تصدر قانوناً لمنع انتهاك الطفل عام 1963 تلزم الأطباء فيه الإبلاغ عن أية حالة يكون الطفل تعرض فيها للانتهاك، وبنهاية حقبة الستينات كان هناك تشريعاً في كل الولايات بالالتزام بالإبلاغ عن حالات انتهاك وإهمال الأطفال، وسرعان ما ظهرت كتابات تناولت إساءة معاملة الطفل من مقالات صحفية أو متخصصة أو علمية، ولقد ظهرت إساءة معاملة الطفل على السطح في البداية كفرد داخل الإطار الطبي، وظلت مشكلة طبية لسنوات عديدة قبل أن تصبح انحرافاً اجتماعياً[1].

ويشير البعض إلى أن الجديد عند الحديث عن الإساءة للأطفال والذى بدأ في الثمانيات، أن هو سوء مُعاملة الأطفال Child Maltreatment أعتبر إساءة[2]. ومنذ عام 1980 تضاعفت التقارير التى تؤكد أن ظاهرة إساءة معاملة الطفل فى ازدياد وقد اهتمت بها اللجنة القومية لمنع سوء معاملة الطفل ، ومنظمة رعاية الطفولة الأمريكية خاصة بعد صدور إعلان الأمم المتحدة لحقوق الطفل الذى نص على حق الطفل فى الحماية والمعاملة الحسنة[3].

وقد جاء الإصدار الخاص بحقوق الطفل الصادر عن الأمم المتحدة فى 1989 ليؤكد اهتمام العالم المتحضر برعاية الطفل صحياً وثقافياً وعلمياً واجتماعياً وكذلك بحمايته إلى أقصى قدر ممكن من التعرض لكافة أشكال العنف وسوء المعاملة والإهمال[4].

---

(1) عدلى السمرى: العنف الأسرى تأديب مشروع أم انتهاك محظور: مرجع سبق ذكره، ص ص 147-148.

(2) بدرية كمال أحمد: الإساءة للطفل "دراسة نفسية اجتماعية، سبق ذكره ، ص 226."

(3) صالح بن عبد الله: إساءة معاملة الأطفال، مرجع سبق ذكره، ص 90.

(4) حنان إسماعيل راشد : سوء استغلال وإهمال الأطفال من منظور طبى واجتماعى، (بحث منشور فى المؤتمر البينى – الثقافى – الصحى، كلية الطب)، جامعة المنوفية فى الفترة من 27-28 ديسمبر ، 1997 ، ص 3.

وأيا كانت أسباب وأشكال الإساءة التى يتعرض لهـا الطفـل فـإن المجتمـع المصرى على اختلاف فئاته يميل إلى حماية الآباء والتسامح معهم، وتقديم العذر لهم عندما يسيئون إلى أطفالهم، ومن النادر أن تقوم الجهات الرسمية بتسجيل هذه الإساءات الصادرة عن الآباء أو تحرير محاضر بها(1)

وتقع مشكلة إساءة معاملة الأطفال فى مجال اهتمام كثير من العلوم، وخاصـة فى مجال علم النفس، وكانت محاولة "عبد العزيز عبد الله الدخيل" 1987 من أولى المحاولات، وفى المجال التربوى كانت محاولة "عبد الوهاب كامل 1991" وفـى مجال الخدمة الاجتماعية كانت محاولة "وفاء فضلى 1994".

ولإساءة معاملة الأطفال أشكال متعددة، ولكل شكل من هذه الأشكال مظـاهر مرتبطة به ، وفيما يلى عرض لأهم أشكال إساءة معاملـة الأطفـال بمظاهرهـا المختلفة.

ثالثا: أشكال الإساءة *الوالدية* للأطفال ومظاهرها:

تعتبر إساءة معاملة الأطفال مشكلة من المشكلات التى نالت اهتمام الباحثين فى السنوات الأخيرة فى مجال علم الـنفس والتربيـة وعلـم الاجتمـاع والخدمـة الاجتماعية، وتتخذ إساءة معاملة الأطفال أشكال متعددة تتبـاين فـى مظاهرهـا وتأثيرها على الطفل.

ولقد اختلفت الأدبيات النظرية والدراسات السابقة المرتبطة بإسـاءة معاملـة الأطفال فى تحديد أشكال الإساءة التى يتعرض لها الطفل فمن الباحثين من قـسم الإساءة إلى أنماط قديمة وأنماط حديثة للإساءة وحدد لكل نمط مظاهر خاصة بـه وقد اتفق عدد من الباحثين على أن أشكال الإساءة التى يجب وضعها فى الاعتبار عند دراسة هذه المشكلة هى كما يلى: (الإساءة الجـسمية- الإسـاءة النفـسي- الإساءة الجنسية الإساءة عن طريق الإهمال-الصور الإباحية-بيع الأطفال الأجنة)

(1) صالح حزين: إساءة معاملة الأطفال دراسة إكلينيكية، مرجع سبق ذكره ، ص 501.

1) الإساءة البدنية: (الإيذاء الجسدى) Physical Abuse

يعد الإيذاء الجسدى للأطفال من الأنماط القديمة و الحديثة فى الوقت ذاته حيث يعد من اقدم و اكثر الأنماط شيوعاً، و هناك مئات الآلاف من الأطفال يتعرضـــون يومياً للإيذاء الجسدى إما بهدف التأديب أو بهدف التعذيب(1).

وتعرف الإساءة الجسمية (الإيذاء الجسدى) على أنها استخدام القوة بالقـــصد بهـــدف إيذاء الطفل و إحداث الضرر به(2).

وعرف العاملون فى الحقل الطبى الإيذاء الجسدى للأطفال بوصـفه حالة سريرية عنـــد من تأذى منهم عمداً عن طريق اعتداء فيزيائى(3). ويتحدد نوع الإصابة الناجمـــة عن الإيذاء البدنى للطفل بعمر الطفل ونوع الأداة المستخدمة فى إحداث الإصابة، ويمكن لطبيب أمراض الأطفال أو الأمراض الجلدية المُدرب أن يحدد بسهولة نوع وعمر الإصابة بمجرد مشاهدتها(4).

ونظر بعض المتخصصين فى التربية للاعتداء الجسدى على الأطفـال على أنه اللجوء إلى العنف المبالغ فيه فى معاملة الأطفال بحيث يؤدى إلى آثار جـــسدية و اضـــحة(5). واتفق مع هذا الرأى David Archard 2004 حيث عرف الإساءة البدنية بأنهـــا "عنف و أفعال بشرية محظورة وغير عرضية، تسبب ألماً للطفل، وقـــادرة علـــى إحداث إصابة أو إعاقة دائمة لنموه و أدائه (6).

---

(1) عبد الرحمن عسيرى: الأنماط التقليدية و المستحدثة لسوء معاملة الأطفال و الآثار المترتبـــة عليهـــا، مرجع سبق ذكره ، ص 16.

(2) محمد نبيل عبدالحميد و أسماء عبد المنعم إبراهيم: الإساءة الوالدية كما يـــدركها الطفـــل وعلاقتهـــا ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية، مرجع سبق ذكره ، ص105.

(3) مجموعة من الكتاب (ترجمة أحمد رمو): إساءة معاملة الأطفال، مرجع سبق ذكره، ص 37.

(4) حنان إسماعيل راشد:سوء استغلال و إهمال الأطفال من منظور طبى اجتماعى،مرجع سبق ذكره،ص:3.

(5) هدى محمود الكاشف: قضايا معاصرة فى تربية الطفولة المبكرة، دار الفكر العربى، القـــاهرة، ط1، 2005، ص 196.

(6)Archard, David: children "Rights and Childhood " (Badmin, Routledge, Taylor& Francis Group, 2 nd Ed, 2004) P.196.

كما عرفها Martin Herbert 2003 بأنها الإصابة البدنية لطفل، والتى ترجع للعقاب البدنى المفرط مع وجود معرفة قاطعة، أوشك منطقى أن الإصابة حدثت أو تعمد منعها[1].

ولقد تم تفسير هذا الشكل من الإساءة من ثلاثة مناحى وذلك على النحو التالى[2]:

المنحى الأول: ويركز على الضرر والأذى فيرى أن الإساءة هى السلوك الذى ينتج عنه ضرر بدنى لشخص أخر هو الطفل ويصنف هذا التعريف الأطفال الذين أصيبوا بأذى بدنى عمدى ومقصود، ويركز هذا المنحى على الأثر الناتج من تعرض الطفل للإساءة دون التركيز على نية القصد أو العمد من عدمه ففى النهاية الأثر يدل على تعرض الطفل للإساءة وهو ما يتم التركيز عليه.

المنحى الثانى: وهذا المنحى أكد على أهمية أن يضاف مفهوم العمد والقصد إلى مفهوم الإساءة فعرف الإساءة البدنية، على أنها أذى بدنى مقصود يقع على الطفل نتيجة لسلوك وإهمال والدية ويؤخذ على هذا التعريف أن القصد أو العمد ليس جزءاً من السلوك القابل للملاحظة ، ولكنه سينتج من الموقف الذى حدثت فيه الإساءة، والقائم بالملاحظة سواء كان متخصصاً أم لا فإنه لن يكون دقيقاً فى الحكم على نية الأفراد ويركز هذا المنحى على توافر نية الضرر بالطفل والذى بدوره سوف يظهر من خلال تحليل الموقف الذى حدثت فيه الإساءة وسيجد الملاحظ للموقف صعوبة فى الحكم على توافر نية العمد والضرر بالطفل.

المنحى الثالث: ويضع هذا المنحى المحدد الثقافى والحضارى فى اعتباره عند تعريف الإساءة، وبناء على ذلك تتغير إساءة معاملة الطفل بتغير الطبقة الاجتماعية والخلفية الثقافية للفرد.

---

(1) Herbert Martin: Typical and Atypical Development "From conception to Adolescence" (Malden, A B P S Blackwell Book. 2003. P. 271).

(2) توفيق عبد المنعم توفيق: العلاقة بين إساءة معاملة الطفل وبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية، مرجع سبق ذكره، 2003، ص 19.

ويضع هذا المنحى فى اعتباره تأثير البيئة الثقافية على الأسلوب الذى يتبعه الآباء والأمهات فى إساءة المعاملة البدنية للطفل فعل سبيل المثال الآباء والأمهات فى الطبقة ذات المستوى المنخفض تميل إلى استخدام العقاب البدنى لأطفالها.

وعرفت داليا مؤمن 1997 الإساءة البدنية: بأنها سلوك يقوم به الأب أو الأم أو كليهما موجه نحو طفلهما يؤدى إلى أصابته بأذى جسدى تتراوح درجته بين متوسطة وخطيرة ويصدر هذا السلوك عن قصد وبشكل متكرر ومنتظم وهذا السلوك يعترف به الطفل أو أحد والديه[1].

وهذا التعريف يوضح وصف الإساءة البدنية وتعمدها وهناك من يرى أن الإساءة البدنية تحدث بصورة مباشرة أو بصورة غير مباشرة ومن وجهة النظر هذه ما قدمته عزة عبد الكريم 1993 عن مفهوم الإيذاء الجسدى وقسمته إلى ما يلى[2]:

1ـالإيذاء المباشر Direct Abuse: ويمثل العقاب البدنى بأنواعه المختلفة.

2ـالإيذاء غير المباشر Indirect Abuse: ويتمثل فى أى فعل يسبب حدوثه ضرر جسمانى مثل نقص الرعاية الصحية وتعرض الطفل للإهمال والحوادث الخطيرة التى تعوق نموه السليم.

إن الإساءة البدنية للطفل يمكن أن تتجاوز نطاق الأسرة لتشمل مؤسسات اجتماعية أخرى إلا أن الوالدين هما المسئولان فى المقام الأول عن الإساءة البدنية ولكى تحدث الإساءة البدنية لابد من توافر ثلاثة متغيرات فى الموقف المسئ[3].

---

(1) داليا محمد مؤمن: الإساءة البدنية للأطفال وعلاقتها بالتفاعلات الأسرية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس، 1997.

(2) عزة كريم: السلوك الإيذائى للوالدين والحماية القانونية للأبناء، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة، 1993،ص 110.

(3) أحمد السيد محمد إسماعيل: مشكلات الطفل السلوكية وأساليب معاملة الوالدين، مرجع سبق ذكره، ص 28: 30.

1ـمرتكب الإساءة Offender:

وهو الفرد المسئول من الناحية القانونية والشرعية عن الطفل وغالباً ما يكون الوالدان.

2ـالطفل موضوع الإساءة:

فالأطفال الأصغر سنا هم عادة الأكثر عرضة للإساءة البدنية وقد يكون السبب الرئيسى لذلك أن الأطفال الصغار وخاصة الأطفال المصابون بالتوحد مطـالبهم كثيرة ولا يجيدون استخدام اللغة والتعبير.

3ـالموقف المحيط والأزمات:

حيث يمر والدى الطفل التوحدى أثناء تفاعلها معه بمواقـف شـاقة وأحـداث محبطة مثل مواقف التنشئة والخلافات الزواجية أو الأزمات الاقتصادية والمالية، هذه المواقف المحبطة تؤثر على الوالدين ويعبرون عن الإحباط بمحاولة إجبـار الطفل أن يكون مطيعا وذلك باستخدام العقاب.

ولقد قسم "ارنون بنتوفيم" Arnon Bentovim الإساءة الجسدية إلـى ثلاث مستويات هى[1]:

المستوى الأول: وهو إساءة المعاملة الشديدة ويقصد بها إحداث الضرر البدنى الذى يصل إلى حد الإدماء وإحداث الجروح والحروق والرضوض فى جميـع أجزاء الجسم.

المستوى الثانى: وهو إساءة المعاملة المتوسطة وهى أقل جدية من المـستوى الأول فيكون حجم الضرر أقل ممن حيث المعدل الذى يحدث فيه.

المستوى الثالث: وهو إساءة المعاملة البسيطة وهو أقل ضررا من المـستوى الثانى حيث أنه يحدث بطريقة عارضة غير مقصودة ، ويمكن أن يحدث منـه الحروق والخدوش، ولكنه بصورة بسيطة، ولا تترك أى أثار مؤلمة للأطفال.

---

(1) Arnon Benton: child Abuse and Neglect, Medicine international, U.S.A, 1991, P: 395.

والمستويات السابقة للإساءة البدنية (الجسدية) للطفل المساء إليه تحدد شدة الإساءة البدنية التى يتعرض لها الطفل ويمكن ملاحظتها من خلال المظاهر المرتبطة بهذا الشكل من أشكال الإساءة.

وأضاف "عبد الرحمن عسيرى" إلى تلك المظاهر الآتى[1]:-

الحبس- الربط- الدفع- القذف

ومن مظاهر الإساءة الجسدية أيضاً وجود آثار ضرب وعض، وآثار أسنان بشرية نتيجة العض، وآثار حروق من السيجارة والملعقة أو غيرها خاصة أخمص القدم وراحة اليد، والظهر[2]. وعادة ما ينظر إلى العقاب البدنى للطفل على انه أسلوب من أساليب التربية وأسلوب من أساليب العقاب، ولقد انتشر ذلك فى المجتمعات الشرقية وأشارت لهذا المعنى دراسة بعنوان: العنف فى الحياة اليومية فى المجتمع المصرى 2002، وتوصلت إلى أن أسلوب الضرب يمثل ثانى أسلوب من أساليب التفاعل بين الآباء والأبناء[3].

ويتضح من خلال عرض التعريفات السابقة للإساءة وأشكالها ومظهرها ما يلى:

أ-أن الإساءة البدنية تتضمن أى فعل أو سلوك يقوم به أحد الوالدين أو كليهما موجة للطفل يؤدى لإصابته بأذى جسدى.

ب-إن الإساءة البدنية قد تكون عن عمد أو غير عمد إذا كان سببها نقص الإشراف.

---

(1)عبد الرحمن عسيرى: الأنماط التقليدية والمستحدثة لسوء معاملة الأطفال والآثار المترتبة عليها، مرجع سبق ذكره. ص 16 .

(2)أحمد السيد محمد إسماعيل:مشكلات الطفل السلوكية وأساليب معاملة الوالدين، مرجع سبق ذكره، ص273.

(3) أحمد زايد: العنف فى الحياة اليومية فى المجتمع المصرى، المركز المصرى، المركز القومى للبحوث الإجتماعية والجنائية، المجلد الأول ، القاهرة ، 2002 ، ص 260 .

جـ‌ـ‌ـ‌ـ‌ـإن الإساءة البدنية متكررة سواء كانت بـصورة منتظمـة أو غيـر منتظمة.

وتنقسم الإصابات التى يحتمل أن تسبب مشكلات طبية مستديمة للطفل ضحية الإساءة البدنية إلى ثلاث فئات: (إصابات المخ، والحروق والإصابات بـالبطن)، وكل منها يمثل خطر هام على الطفل [1]. وإنطلاقاً من مبدأ عدم جواز الضرب لا يجوز لأحد من والدى الطفل أن يضربه لما يؤدى إليه ذلك من الإضرار به نفسياً بجانب الضرر البدنى إضافة إلى ما يعانيه الطفل من آثار الإعاقة ، حيث قد حثنا الشرع على معاملة الأطفال بالعطف والحنو والرحمة ، بمعنى نبذ العقاب البـدنى للأطفال بكل صورة وأشكاله وعدم اللجوء إليه من قبل والداى الطفل ، وذلك لمـا للإساءة الجسدية وعلاقتها بإساءة معاملة الأطفال، 1993[2].

ولعل معظم حالات الإساءة الجسدية تحدث أثناء ما يسميه الآباء "تهذيب الطفـل"، أو الإفراط فى التهذيب لأطفال يعتبرونهم غير قابلين للتحكم أو الضبط[3].

2) الإساءة النفسية (الإنفعالية) Psychological Abuse

تعد الإساءة النفسية من أصعب أشكال الإساءة وأخطرها، وذلـك بـسبب صـعوبة تحديد آثارها من ناحية، وأنها أقل ظهورا، ولكنها أكثر بقاءاً وصموداً فـى شخـصية الطفل المساء إليه من ناحية أخرى[4].

---

(1) wharton, rebert H.& et al.: long term Medical consequences of physical Abuse, in: reece Robert M: treatment of child abuse: common Ground for Mental Health, medical and l. egol Practitioners (Baltimore, johns hopkins University press, 2000) p.p. 117-134.

(2) أحمد خشبة : الإصابات الجسدية وعلاقتها بإساءة معاملة الأطفال، الإصابات الجـسدية وعلاقتهـا بإساءة معاملة الأطفال، (بحث منشور فى المؤتمر العلمى الأول، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، 1993، ص93.

(3)Herbet, martin, Op cit., p373.

(4) عبد الرحمن عسيرى: علم النفس الأسرى وفقا للتصور الإسلامى والعلمى، دار المعرفة الجامعيـة، الإسكندرية، 1995، ص 217.

لذا فالإساءة النفسية هى أكثر أشكال الإساءة غموضاً ، وذلك بسبب صعوبة تعريف المصطلح والتنبؤ بأثره على ضحاياه (عواقبه) ووضع بدائل علاج فعالة [1] فالإساءة النفسية تعتبر عاملاً مصاحبا لوجود أشكال أخرى للإساءة، وكذلك المفتاح لفهم الديناميكية (القوة المحركة) لكل الأنواع الأخرى للإساءة إلى الطفل، وهذا النوع من الإساءة لا يوجد فى صورته الخاصة به غير مرتبط بإساءة أخرى، ولكنه يعد جزءا لا يتجزأ من الأنواع الأخرى[2].

وينظر "عادل عازر" 2003 إلى الإساءة النفسية على أنها تكرار للمعاملة السيئة التى تؤدى إلى إلحاق الضرر والأذى بصحة الطفل النفسية[3].

وتعرف الإساءة الانفعالية عند بعض المتخصصين فى علم النفس على أنها تعنى الفشل فى إمداد الطفل بالعاطفة، والمساندة الضرورية لنموه الانفعالى والنفسى والاجتماعى، وتتضمن أى سلوك يأتى به الوالدان أو القائمون على رعاية الطفل، ويتعارض مع الصحة النفسية له أو نموه النفسى والاجتماعى[4].

وينظر إليها أيضا باعتبارها استخدام تهديدات لفظية متزايدة وسخرية، وتعليقات مهنية شخصيا، أو عبارات إزدرائية وتميل إلى أن تعرف من خلال العواقب للطفل أكثر من أن تعرف من خلال سلوك المرتكب، وقد وصفت السلوكيات الوالدية التى قد تكون متضمنة فى خلق مثل هذه العواقب بواسطة "جارنبريتو" وزملائه Garbarino باعتبارها تتعلق بخمس فئات هى: (سلوكيات تتعلق بهجر الطفل أو رفضه من خلال اللمس والوجدان ، سلوكيات مرعبة كتمهيد

---

(1) Daro, Deborah: confronting child Abuse: Research for effective Program design (N.y, the free press – A division of Macmillan, inc., 2000) p: 34.

(2) Carole Bulkey A. and others: apace American Professional society on the abuse of children, sage publication, Thousand oaks 1996, p: 124 .

(3) عادل عازر : حماية الأطفال المعرضين للخطر: (بحث منشور مجلة الطفولة والتنمية، المجلس القومى العربى للطفولة والتنمية)، مجلد (3)، العدد (9)، القاهرة، 2003، ص 23.

(4) أحمد السيد محمد إسماعيل : مشكلات الطفل السلوكية وأساليب معاملة الوالدين، مرجع سبق ذكره ، ص 273.

الطفل بعواقب مرعبة لسلوكه-سلوكيات متجاهلة تحرم الطفل من التفاعل و الإثارة و الفرص الكافية للتعليم و النمو- سلوكيات عازلة تحرم الطفل من تفاعلات وفرص اجتماعية-السلوكيات الفاسدة و التى تدعم سلوكيات فى الطفل بأنه منحرف ومضاد للمجتمع)، و لا يوجد إجماع بين مقدمى الرعاية الصحية و الرعاية الصحية النفسية بأن الإساءة الإنفعالية قد حدثت إذا برهن الطفل على مشاكل والديه(1).

يعد الإيذاء النفسى من أكثر أنواع الإيذاء انتشارا فى المجتمع الإنسانى، إلا أنه لا يلقى الاهتمام ذاته الذى يجده الإيذاء الجسدى ، ويدى "دى رن 1989 drenn" أنة مشكلة الإيذاء النفسى لا تقل خطورة عن الإيذاء الجسدى من الصعب إثباتها ما لم تقترن بإيذاء جسدى ، كما أن الأطفال أنفسهم غالباً لا يخبرون عن آثارهما عليهم للآخرين، بالرغم من تألمهم جراء ما تعرضوا له من إيذاء نفسى وكذلك يشير "ج كارتر" (J.Carterl 1987) إلى صعوبة إيجاد تعريف محدد للإيذاء النفسى(2).

وبالرغم من عدم وضوح المفهوم وعدم وجود إتفاق محدد لمفهوم الإيذاء النفسى إلا أن هناك بعض المحاولات لإيجاد تعريف إجرائى للإيذاء النفسى حيث قدم "جاربنريتو وأخرون 1986، Garbarino Et Al, 1986) تمثلت فى ما يلى(3):

1-الرفض (Rejecting Behunol): ويشتمل على عدم إبداء مشاعر الود تجاه الطفل أو عدم تقدير إنجازاته.

2-العزل (Isolating): ويعنى عزل الطفل عن اكتساب الخبرات الاجتماعية

---

(1) حسين فايد: إساءة وإهمال الطفل، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، 2006، ص ص: 20: 21.

(2) عبد الرحمن عسيرى: الأنماط التقليدية والمستحدثة لسؤ معاملة الأطفال و الآثار المترتبة عليها، مرجح سبق ذكره، ص: 22.

(3)Garbarino J,Gultmanne, sseely Hw: the psychologically Battered child. Jossey-bass, san francisco, 1986.

من خلال الاختلاط بالمجتمع، أو الإقران، أو المشاركة فـي شـئون العائلـة وأنشطتها اليومية، وإشعار الطفل بأنـه يجـب أن يحتـرس مـن الآخـرين ولا يخالطهم.

3-**الإرهاب (Terrorizing)**: ويشتمل على إخافة الطفل وإرهابه وإشعاره أن العالم ليس إلا غابة يأكل فيها القوى الضعيف، وأن الآخرين أشرار، أو تهديد الطفل أو إرهابه عندما يرتكب خطأ ما بتهديده بالسلاح أو القتل.

4-**التجاهل (Ignoring)**: ويشمل على عدم مناداة الطفل باسـمه، ونعتـه وتجاهل وجوده أما الآخرين، وعدم إبداء أى مشاعر تجاهه.

5-**الغش (Corrupting)**: ويشتمل على عدم إعطـاء الطفـل المعلومـة الصادقة، وتعليمه أشياء خاطئة عن الناس والمجتمع والكون ، وذلك للتـأثير على أفكاره وتشويش مفاهيمه فى الحكم على الأشياء، حيـث يعلـم الأشـياء الحسنة على أنها قبيحة، والقبيحة على أنها حسنة.

وتأخذ الإساءة النفسية أشكالا متعددة منها: (1):

أ-حبس الطفل فى مكان صغير.

ب-الإهانة العلنية الشديدة.

جـ-عدم توفير مناخ محب وراع.

د-تهديد الطفل.

هـ-الإساءة اللفظية الشديدة.

و-تشجيع وإجبار الطفل على الانحراف.

ز-رفض العلاج النفسى.

ح-عدم السماح بالنمو الاجتماعى والعاطفى.

---

(1) corby, Brian: child Abuse "towards A Knowledge base" (buckingham, open university press, 2nd ed, 2000) PP. 80-81.

وللإساءة النفسية مجموعة من المظاهر نجملها فيما يلى: (*)

أ-الاستخفاف بالطفل أو ازدرائه والتقليل من شأنه.

ب-إحساس الطفل بالرفض العاطفى من قبل الوالدين.

جـ-إلقاء المسئولية على الطفل ولومه.

د-إحساس الطفل بالخجل والذنب.

هـ-إحداث مقارنات سلبية بين الطفل والآخرين.

و-التخلى عن الطفل.

ز-تجاهل ردود الأفعال العاطفية.

ح-التهديد والإرهاب.

ط-نقص الحب والدفء والحنان.

ى-استدعاء الطفل بأسماء مضحكة ومستحقة.

ك-الخصام والهجر والقطيعة.

إن الإساءة النفسية للأطفال تتعارض مع ما يقرره الإسلام من حق الطفل على والدية، ومن يتعاملون معه فى إن يحاط بالرأفة والحنان والرحمة مع البعد عن القسوة والغلظة بالقول أو بالفعل، والرسول ﷺ مثلنا الأعلى فى معاملة الطفل إذ يقول "ليس منا من لم يرحم صغيرنا" رواه البخارى.

ويعتبر الأطفال الشهود على الإساءة هم ضحايا للإساءة النفسية غير المباشرة، فعلى الرغم من أن أطفال النساء ضحايا الضرب لم يتعرضوا لسوء معاملة نفسية،

(*) راجع فى هذا الشأن المراجع الآتية :

- أحمد السيد محمد إسماعيل:مشكلات الطفل السلوكية وأساليب معاملة الوالدين، مرجع سبق ذكره ، ص 94.

- وائل ثروت حسن الزغل : إساءة معاملة الطفل المعاق ذهنياً من الدرجة لبسيطة وعلاقتها ببعض المشكلات النفسية،رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس، القاهرة، 2004.

- Massey, marilyns: Early childhood violence prevence prevention (Eric) clearinghouse on Elementary and early childhood education, champaign, 1998, p 630.

فإن الصلة بين ضرب المرأة والإساءة النفسية للطفل أصبحت أوضح ، حيث أن كل الأطفال الذين يشاهدون ضرب الأم يعانون من الإرهاب والذى يعد أحد أشكال الإساءة النفسية.

3) **الإساءة عن طريق الإهمال Neglect**:

لقد اشار روستينبرج (Rosenbeig 1997).أن مشكلة إهمال الأطفال بالرغم أنها لا تقل أهمية عن مشكلة الأيذاء الجسدى، إلا انها لم تحظى بالأهمية ذاتها، سواء من حيث البحث العلمى، أو من حيث الاهتمام الرسمى، فالمحاكم والمنظمات الخاصة بحقوق الطفل غالباً ما تصب اهتمامها على القضايا المتعلقة بالإيذاء الجسدى للطفل، بينما القضايا المتعلقة بالإهمال أو الجوانب النفسية لا تشغل حيزاً كبيراً من اهتماماتها [1] .

كما يعرفه "Skuse , David" بأنه التقصير فى منح الحب أو الرعاية أو الغذاء اللازم ، أو عدم توفير الرعاية الجسدية الملائمة لنمو الطفل بشكل طبيعى أو الإشراف غير المناسب عليه مما قد يعرضه لنوع من أنواع الخطر[2].

اتفق المتخصصون فى علم النفس مع المتخصصين فى التربية على مفهوم الإهمال حيث يرى بعض المتخصصين فى التربية، أن الإهمال هو القصور المتكرر أو الفشل فى توفير الرعاية الصحية والعاطفية والتعليمية والأمن اللازم لنمو الطفل ويعرف "ستيفنسون" (Stevenson1998) الإهمال بأنه نقص فى الاهتمام بالحاجات الأساسية للطفل مما يؤدى إلى إعاقة ضارة وخطيرة فى صحته ونموه[3].

أما عن تعريف الإهمال فى دائرة معارف الخدمة الاجتماعية فهو " فشل المسئول عن

---

(1) عبدالرحمن عسيرى: الأنماط التقليدية والمستحدثة لسؤ معاملة الأطفال والآثار المترتبة عليها، مرجع سبق ذكره، ص 13.

(2) skuse, Dovid: Emotional Abuse and Neglect Child Abuse, Third Edition, Dmj Pudlishinf Group, 1997 , p.p:30:33.

(3) Stevenson, Olive: Neglocted Children : Issues and Dilemmas oxford , Blockweel science L.Td.,1998)P.4.

الطفل سواء بشكل عمدى أو بشكل غير عمدى فى توفير ما يعتبر ضرورى لتنمية الطفل بدنياً و عقلياً و انفعالياً "[1].

ويعرف **"وفيق صفوت مختار "2004"** ، الإهمال على أنه ترك الطفل دون تشجيع من والديه خاصة الأب على أى سلوك مرغوب فيه أتى به، أو دون محاسبة على أى سلوك غير مرغوب فيه قام به، هذا بالإضافة إلى تركه دون توجيه إلى ما يجب أن يفعله من سلوكيات أو ما لا يفعله[2] .

ويعرف إهمال الطفل من الناحية الطبية على انه يعنى عدم قدرة الوالدين على توفير الحد الأدنى من الرعاية الصحية والعلمية، وكذلك توفير المأكل والملبس والمسكن المناسب لنمو الطفل وتنشئته تنشئة سليمة[3]،**والأطفال المهملين هم الأطفال الذين:**

1-لا يحصلون على غذاء كافى يتناسب مع نموهم المتوقع.

2-يتعرضون بسبب نقص الأشراف بما فيها تناول مخدرات أو سموم.

3-يتعرضون لبيئة غير نظيفة وباردة.

4-يتركون فى ظروف بدون إشراف ملائم من الكبار بحيث يعرضون أنفسهم للخطر.

5-رفض آبائهم طلب العلاج الطبى.

ويأخذ افهما كأحد أشكال الإساءة للأطفال أربعة مظاهر هى[4] :

أ-**الإهمال الجسمى مثل:** (سوء التغذية-عدم توفير الملابس المناسبة للظروف الجوية المحيطة -عدم العناية الصحية).

(1)Brisset Shiryle: Child Abuse and Neglect, Direct practice Encyclopedia of social Work, 19 th Edition, Vol(1), Washington: N.A. S.W: Press, National Association of social Workers. 1995.P:352.

(2) وفيق صفوت مختار:الأسرة وأساليب تربية الطفل،دار القلم والثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، 2004، ص217.

(3) حنان إسماعيل راشد: سوء استغلال وإهمال الأطفال من منظور طبى اجتماعى، مرجع سبق ذكره، ص5.

(4) عبدالرحمن عسيرى: الأنماط التقليدية والمستحدثة لسوء معاملة الأطفال والآثار المترتبة عليها، مرجع سبق ذكره، ص 22.

ب-**الإهمال النفسى مثل:** (عدم توفير الدعم النفسى-الحنان-الحب -التشجيع-التعزيز-الانتماء -الدفء).

ج-**الإهمال الطبى مثل:** (عدم المعالجة-المعالجة الخطأ أثناء المرض-عدم وجود رعاية ونظافة للطفل-الرعاية الفورية والمناسبة للإصابات أو الأمراض الطارئة والتحصينات).

د-**الإهمال التربوى مثل:** (عدم إلحاق الأطفال بالمؤسسات التعليمية-الغياب المتكرر -عدم التنشئة السليمة -عدم توفير فرص التعليم المناسبة).

وهذا يتنافى مع تعاليم الدين الإسلامى الذى فرض على الآباء والأمهات مسئولية رعاية الأطفال وأناط الشرع الحنيف بالأبوين مسئولية الحفاظ على حياة الطفل وصحته ورعايته ونموه بناء على أن الطفل أمانة فى أعناق الأبوين وسيحاسبهما الله عليها، والإسلام يحذر من الإهمال فى رعاية الآباء والأمهات للطفل فى كافة أشكال الرعاية الصحية والنفسية والعقلية وغيرها وكل أشكال الرعاية المنوط بها الوالدين وقال رسول الله (ﷺ) تأكيداً لتلك المسئولية الوالدية تجاه الأبناء "كلكم راع وكلكم مسئول عن رعيته"(1) .

رابعا : العوامل المؤدية لإساءة معاملة الأطفال:

اختلف الباحثون فى تحديد العوامل المسببة لقيام الآباء والأمهات بالإساءة لأطفالهم، وتعددت التصنيفات التى حددها الدارسون للعوامل التى تؤدى إلى تنامى تلك الظاهرة، فهناك من يرجع ذلك لأسباب تتعلق بالمعتدى "المتسبب فى الإساءة" أو المعتدى عليه أى "الضحية" أو بالمجتمع أو عوامل ترجع إلى البيئة الأسرية أو عوامل اجتماعية ونفسية.

وهذا ما أشارت إليه بعض الدراسات، ومنها دراسة بعنوان "السياقات الاجتماعية البيئية لإساءة معاملة وإهمال الطفل، حيث توصلت إلى أن الحالة

---

(1) الحافظ أبى الفضل شهاب الدين احمد بن على بن محمد بن حجر العسقلانى: فتح البارى بشرح صحيح البخارى، دار أحياء التراث العربى، بيروت، ط 3 ، ج9، 1985، ص208.

الصحية للطفل وعمر الطفل والبناء الأسرى وكذلك ثقافة العنف فى المجتمع تعد من الأسباب المرتبطة بإساءة المعاملة البدنية والنفسية والإهمال بالنسبة للطفل(1).

وإن الإساءة للطفل من قبل والديه لا يرجع لعامل واحد، بل تتفاعل العديد من العوامل التى تؤدي إلى تلك الظاهرة، وفيما يلى عرض لتلك العوامل :

(أ)عوامل خاصة بالطفل المساء إليه :

إن بعض الأطفال أكثر عرضة للإساءة حتى عن أشقائهم فى نفس الأسرة، بسبب إدراك آبائهم الغير مناسب لهم، حيث يؤدى ذلك إلى عدم حصول الطفل على الرعاية الوالدية المناسبة، ففى الرعاية الوالدية، يتأثر الفرد بتوقعاته عن الطفل ورغبته فيه وقدرته على العطاء له، والتكيف مع الضغوط والمقدرة على تقبل أوجه القصور فى هذا الطفل (2) .

هناك عدد من العوامل المرتبطة بخصائص الطفل المساء إليه من أهمها:-

1-العمر Age :

تعد المرحلة السنية للطفل هى أحد المحددات الأساسية فى مشكلات الإساءة والإهمال، ففى مرحلة الرضاعة والحبو كثير ما يتعرض الطفل للكسور أو الحروق أو الكدمات، أما الأطفال الأكبر سناً فيكونون أكثر عرضة للاستغلال من قبل آبائهم فى أعمال داخل المنزل قد تكون غير مناسبة لأعمارهم مثل إعداد الطعام وتنظيف المنزل(3). والعمر يعد من أهم العوامل الفردية التى ترجع للطفل بحيث كلما صغر عمر الطفل كلما زادت احتمالية تعرضه للأذى.

---

(1) Calheiros, Manuela; Benedicta-Monteiro, Maria: Social-Ecological Contexts of children Maltreatment and Neglect, Phsicologia: Revista da –Associacao - Portuguesa-psicologia. Vol 15 (1), 2007, P P 117-145.

(2) Tower, Cynthid Crosson: Understanding child Abuse and Neglect (Massachuse IIs, Allyn and Bacon, 2 nd Ed., 1993. P. 74.)

(3) حنان إسماعيل راشد: سوء استغلال وإهمال الأطفال "من منظور طبى اجتماعى"، مرجع سبق ذكره، ص: 4.

وتشير نتائج الدراسة التحليلية لظاهرة العنف والإساءة ضد الطفل فى الصحف المصرية فى الفترة من يناير 2002 إلى يونيه 2004 إلى ما يلى(1).

جدول رقم (1)

يوضح العنف ضد الطفل حسب سن الطفل.

م	المتغير	التكرار	النسبة٪
1	سن الطفل أقل من 10 سنوات.	185	%56
2	من 10 سنوات إلى أقل من 15 سنة.	65	%19
3	من 15 إلى 18 سنة.	72	%22
4	لم يحدد سن سرد الواقعة	10	%3
	المجمـــوع	332	%100

ومن الجدول السابق يتضح أن أعلى نسبة كانت 56% للأطفال فى سن أقل من عشر سنوات وكانت النسبة المتوسطة للأطفال من سن 10-أقل من 18 سنة بنسبة 22% وأقل نسبة لم يحدد السن، وجاءت نسبته 3% وتعكس تلك النتائج أن الأطفال الأقل فى السن عرضة أكثر من غيرهم للعنف والإساءة ، وقد يرجع ذلك إلى عدم قدرة هؤلاء الأطفال إلى الدفاع عن أنفسهم وضعف قدرتهم الجسمية والصحية، وهذا ما أشارت إليه الكتابات النظرية والدراسات السابقة.

2ـالنوع Gender:

تشير نتائج الحصر القومى الثانى للعنف الأسرى فى الولايات المتحدة الأمريكية، إلى أن الذكور أكثر عرضة لصور العنف البسيطة والشديدة، فى حين تشير تقارير رسمية من بيانات إحصاء 1996 عرضها المركز القومى لإساءة وإهمال الأطفال National Center on Child Abuse and Neglect أن الذكور أكثر عرضة من الإناث للإساءة البدنية أما إحصاءات (AAPC) فتشير

(1) أحمد محروس، شيماء محروس: ظاهرة العنف ضد الطفل "قراءة تحليلية فى الصحف المصرية" فى الفترة من (2002/1/1 إلى 2004/6/30)، مؤسسة مركز قضايا المرأة المصرية، القاهرة، 2005، ص ص 8: 9

إلى أن الذكور والإناث عرضة بدرجة متساوية للعنف البدني البسيط ، ولكن الذكور أعلى عرضة للإساءة الجسدية الشديدة من الإناث(1).

كما يوضح الجدول التالى أن عامل الجنس يعد من بين العوامل التى تجعل الطفل أكثر عرضة للإساءة أو العنف:

جدول رقم (2)

يوضح رصد العنف ضد الطفل حسب جنس المجنى عليه

م	المتغير	التكرار	النسبة
1	عنف موجه ضد طفلة أنثى	184	%56
2	عنف موجه ضد طفل ذكر	134	%40
3	عنف موجه ضد ذكور وإناث	14	%4
	المجموع	332	%100

ويشير الجدول إلى أن أعلى نسبة تعرض الذكور والإناث للعنف، كانت للطفلة الأنثى بنسبة 56%، وكانت نسبة 40% عنف موجه للطفل الذكر، وأقل نسبة كان عنف موجه للذكور والأنثى بنسبة 4%.

وتعكس تلك الأرقام أن الطفلة الأنثى أكثر عرضة للإساءة والعنف من الطفل الذكر وقد يرجع هذا إلى الطبيعة التى خلف الله "عز وجل" الإناث عليها حيث تقل إمكانيات الأنثى عن الذكر فى كافة الجوانب هذا أيضاً ما أشارت إليه الكتابات النظرية.

3ـ الحالة النفسية:

قد يعانى الطفل من بعض العادات السلوكية التى تعد عرضاً لوجود توتر نفسى عند الطفل مثل عادة مص الأصابع والتى تعد مظهراً من مظاهر التوتر النفسى لدى الطفل وعدم اطمئنانه، وكذلك نقص الإشباعات الأولية الخاصة به وبهذا

(1)Barnett, Olaw. & Etal: Family Violence Across the life span (california, SAGE publication, Inc, 1997) p: 47.

يكون الطفل عرضة للإساءة أياً كانت شكل الإساءة، وهذا ما أشارت إليه دراسة "عمر إسماعيل على غريب" 2002[1].

4-عوامل المخاطر الإضافية Additional Risk Factors:

تشير العديد من الدراسات والبحوث أن هناك خصائص معينة خاصة بالطفل قد تجعله أكثر عرضة للإساءة والإهمال، مثل وجود ارتباط بين الإساءة الجسدية للطفل ومصاعب الولادة مثل انخفاض الوزن أو الولادة المبتسرة[2].

ولا شك أن الأطفال وخاصة المعاقين بالإعاقات الجسدية والعقلية يمثلون ضغوطاً أكبر على الأسر في تربيتهم، وبالتالى تعرضهم لمزيد من الإساءة والإهمال، فالإساءة للأطفال المعاقين أعلى نسبياً من الإساءة للأطفال غير المعاقين، كما أن الأطفال المعاقين ذهنياً (التوحدين) أكثر عرضة للإساءة الجنسية نظراً لعجزهم النسبى فضلاً عن عدم تمكن الطفل المعاق ذهنياً ولا سيما الطفل التوحدى من الكشف عن الإساءة[3].

5-الحالة الصحية:

إن الطفل قد يكون لديه سمة وراثية أو جسمية أو تكون ناجمة عن الإعاقة تجعله أكثر احتمالاً لأن يكون هدفاً لإساءة المعاملة [4]وإن مرض الطفل وتدهور حالته الصحية يقلل من ثقته فى نفسه ولا يستطيع الدفاع عن نفسه أيضاً أو حتى أن يهرب من موقف الإساءة، لذلك فمن المقبول اعتبار الحالة الصحية أحد العوامل المرتبطة بالإساءة أو حتى توقع حدوثها.

---

(1) عمر اسماعيل على غريب: فعالية البرنامج الإرشادى الوالدى للأطفال المساء معاملتهم على السلوك التكيفى لأطفالهم (رسالة دكتوراه غير منشورة) معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، 2002، ص48.

(2)Barnett Olaw. & Et al., Op Cit., P:49.

(3)Corby, Brian: Op. Cit., P: 127.

(4) حسن مصطفى عبدالمعطى: الأسرة ومشكلات الأبناء، دار السحاب للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 2004، ص57.

6ـ الإعتمادية:

الطفل شخص ضعيف ولديه احتياجات ، وتتضاعف تلك الاحتياجات عندما يعانى هذا الطفل من إعاقة مثل إعاقة "التوحد" ويريد إشباع هذه الاحتياجات ، لذلك هو يعتمد على غيره (القائم برعايته) فى إشباع تلك الاحتياجات ، ونتيجة لهذا فإن الآباء والأمهات يميلون إلى التخلى فى أغلب الأحيان عن الطفل والإساءة إليه، نظراً لما يعانوه من ضغوط واعتماد الطفل عليهم.

ومن خلال ما سبق يتضح أن الطفل قد يكون له دور فى حدوث الإساءة الموجهة إليه من قبل والديه ، ولكن هناك فئة قد لا يكون لها دور فهم "ضحايا" لزوج الأم أو زوجة الأب، أو أن يكونوا هؤلاء الأطفال نتيجة لزواج غير مرغوب فيه ، فيتم الانتقام من الأطفال من قبل أحد الوالدين وبهذا يكون الزوج والزوجة هما الفاعلان الحقيقيان للإساءة.

(ب) عوامل مرتبطة بالوالدين:

وسوف يتم تناول تلك العوامل المتعلقة بالوالدين من خلال ثلاثة أبعاد:

1- **البعد الأول:** الاتجاهات الوالدية (أساليب التنشئة الاجتماعية) للأطفال.

2- **البعد الثانى:** المناخ الأسرى وطبيعة العلاقة بين الوالدين.

3- **البعد الثالث:** حجم الأسرة وتكوينها.

وفيما يلى توضيح لتلك الأبعاد الثلاثة:

البعد الأول: الاتجاهات الوالدية (أساليب التنشئة الاجتماعية):

تلعب الاتجاهات الوالدية بأشكالها المختلفة دوراً فى تنشئة الطفل وتربيته ويكون لها أثر كبير فى تشكيل شخصيته. وتتمثل أساليب التنشئة الاجتماعية فى العمليات النفسية والتربوية التى تتم بين الوالدين والأبناء خلال مراحل العمر المختلفة، ولا سيما خلال المراحل المبكرة، كالتوجيهات المباشرة وغير المباشرة من الوالدين للابن بقصد توجيهه أو إشراكه فى المواقف الاجتماعية، وطرق

الثواب والعقاب التى يقومان بها، ومدى اتساق سلوك الوالدين فى ذلك سواء فيما بينهما أو مع الابن(1).

وإن استخدام الآباء لأساليب تنشئة غير سوية مثل (النبذ، والقسوة، والـرفض، أو الإهمال، والتفرقة والحماية الزائدة والتدليل) قد يؤثر علـى شخـصية الطفـل وبالتالى فهى مؤشر لإساءة الآباء أو الأمهات لأطفالهم نتيجـة لعـدم إدراك الأب والأم إلى إبعاد المسئولية الوالدية ومهمتهم فى اختيـار الأسـاليب الـسوية فـى التربية(2).

وأساليب المعاملة الوالدية من أهم العوامل التى تؤثر علـى التوافـق النفـسى والاجتماعى لدى الطفل المعاق، فالقبول الوالدى كأسلوب من أسـاليب المعاملـة الوالدية يعبر عنه بمدى الحب الذى يبديه الوالدان للطفل فى المواقـف المختلفـة، وهذا الحب يؤدى إلى تكوين عدد من سمات الشخصية المرغوبة لدى الطفل مثل (التعاون– الانتماء والمفهوم الإيجابى عن الذات والدافعية للإنجاز)، أما الـرفض الوالدى للطفل والذى يأخذ صوراً متعددة مثل (الرفض الصريح والإهمال والعقاب البدنى الشديد) فيؤدى إلى اضطراب العلاقة بين الطفل ووالديه مما يجعله يـشعر بأنه مرفوض وغير مرغوب فيه(3)، وأشارت إلى هذا المضمون دراسة بعنـوان: إساءة معاملة الأطفال وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى عينه من تلاميذ المرحلة الابتدائية(4).

---

(1) سمير سعد حامد خطاب: تباين أساليب التنشئة الوالدية وعلاقتها بسمات الشخصية (مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (30) ، 1994، ص155.

(2) هدى محمد قناوى: الطفل تنشئته –حاجاته، ط(3)،مكتبة الأنجلو المصرية،القاهرة 1991،ص 186.

(3) فائقة محمد بدر: القبول/ الرفض الوالدى وعلاقته بمفهوم الذات وأثره على التحصيل الدراسى لدى عينة من تلميذات المرحلة الابتدائية بمدينة جدة (مجلة رسالة الخليج العربى، مكتب التربية العربى لدول الخليج ، العدد (81) ، 2001 ، ص 54 .

(4) رجاء لطفى عبدالحكيم خليفة : إساءة معاملة الأطفال وعلاقاتها ببعض الاضطرابات النفسية لـدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة المنيا ، كلية التربية ، 2004 .

البعد الثانى : المناخ الأسرى وطبيعة العلاقة بين الوالدين :

تعد العلاقات والتفاعلات الأسرية أساس استقرار المناخ الأسرى ويعد هذا المناخ هو المحصلة الكلية المميزة لخصائص الأسرة كبيئة تربوية، ويشمل المناخ الأسرى العلاقات الثنائية بين الوالدين، وبين كل منهما والأبناء وبين الأبناء وبعضهم البعض، وغالباً ما يؤدى اضطراب هذه العلاقات وعدم استقرارها إلى عواقب وخيمة على نمو الطفل وصحته النفسية فتصدع العلاقات الأسرية والتفكك الأسرى والمنازعات والخلافات المستمرة بين الوالدين، ومشكلاتهما النفسية، وما صاحب ذلك كله من عدم احترام وتحقيد كل طرف منهما للطرف الآخر، واللامبالاة والعداوة وما يترتب عليها من مشاعر تعاسة وألم ويضعف ثقة الطفل بنفسه وبوالديه[1].

فالكيفية التى تُدار بها الأسرة كجماعة أولية، وطبيعة شبكة العلاقات بين أعضائها وتوزيع المهام والأدوار التى توكل إلى كل منهم، يؤثر تأثيراً لا ممكن إغفاله على شخصية الطفل، فقد يمكنه من النضج الإنفعالى والتوافق النفسى والاجتماعى، إذا كان يمثل بيئة صالحة للنمو، وإما يعرضه للضغوط وعدم التوازن الانفعالى والاضطراب والسلوكيات غير الملائمة[2]. ومما يؤسف له أنه مع الانفتاح على الثقافات الأجنبية، لم نحتفظ بمقومات الاستقرار الأسرى كما جاءت فى الإسلام ولم نستورد ضوابط لاستمرار الزّوجية كما هى موضوعة فى القوانين العربية، فكانت النتيجة أنه عند فشل الزيجات، الذى يدفع الثمن ليس الطرف المسئول عن فشلها وإنما الأطفال[3].

---

(1) عبدالسلام عبدالغفار وآخرون: إساءة معاملة الطفل فى المجتمع المصرى، ندوة بالتعاون مع مركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، أكاديمية البحث العلمى، القاهرة، 1998، ص76.

(2) عبد الرحمن سيد سليمان: نمو الإنسان فى الطفولة والمراهقة "الأسس- النظريات- المراحل- المشكلات"،مكتبة زهراء الشرق، الجزء الأول: أسس علم نفس النمو، القاهرة، 2000، ص:545.

(3) جبرين الجبرين: تشريعات حقوق الطفل بين الشريعة الإسلامية وبعض القوانين الوضعية، (بحث مقدم للمؤتمر السادس للتوجيه الإسلامى للخدمة الاجتماعية، المعهد العالمى للفكر الإسلامى بالتعاون مع المعهد العالى للخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، 2002).

ويذكر "صالح بن عبد الله" 2000 أن طبيعة بين الولدين والطفل خاصة فيما يتعلق بنظرتهما إلى ما هو متوقع من طفلهما من حيث سلوكه وطريقة تفكيره وإنجازاته، فإننا نلاحظ كبر حجم هذه التوقعات وعدم واقعيتها في كثير من الأحيان ، مما يؤدى إلى نشؤ علاقة غير سوية بين الوالدين وطفلهما، وإذا كان العقاب والسخرية هو الأسلوب المفضل فى تعديل سلوك الطفل كان ادعى إلى إساءة الوالدين للطفل نتيجة لضعف العلاقة بين الطفل ووالديه(1).

كما توصلت العديد من الدراسات، مثل دراسة Kinard 1996 من أن الأمهات اللاتى أسأن معاملة أطفالهن كانوا أقل حظاً فى الحصول على المساندة والدعم الاجتماعى من أزواجهن(2). ودراسة سامية عليوه 1996 التى توصلت إلى ارتباط الإيذاء الجسمانى للطفل بسوء العلاقة الزوجية(3).

البعد الثالث: حجم الأسرة وتكوينها Family and Structure:

يمكن أن يزيد حجم الأسرة من احتمال تعرض الأطفال لخطر الإساءة، فقد وجد أن الأسر التى يزيد عدد أطفالها عن أربعة أكثر احتمالاً لاستخدام العنف تجاه أطفالها بنحو ثلاثة أمثال الأسر ذوى الأطفال الأقل عدداً، ولا يقتصر الأمر على حجم الأسرة، بل ازدحام المنزل يزيد من احتمال التعرض لخطر الإساءة، كما أن البيئات غير المستقرة التى يتغير فيها تكوين الأسرة كثيراً خروج أعضاء منها أو عودة أعضاء إليها تعتبر أحد ملامح حالات الإهمال(4).

كما وجدت علاقة بين التقارب العمرى بين الأطفال وانتشار الإساءة، وبالتالى

---

(1) صالح بن عبد الله: إساءة معاملة الأطفال، مرجع سبق ذكره، ص92.

(2)Kimder, Milling Et.al.: Social support Competence and Depression in Mothers of Abuse Children (American Journal of Orthopsychiatry, V. 66, No. 3, 1996) P.P.: 449-462.

(3) سامية عليوه: الإهمال والإيذاء الجسمانى بين مجموعة من الأطفال فى سن ما قبل المدرسة فى الإسكندرية، رسالة ماجستير غير منشورة، المعهد العالى للصحة العامة، الاسكندرية، 1996، ص22.

(4) منظمة الصحة العالمية: التقرير العالمى حول العنف والصحة، المكتب الإقليمى لشرق المتوسط، القاهرة، 2002 ، ص 39 .

فأطفال الأسر متعددة الأشقاء المتقاربين فى السن أكثر عرضة لخطر الإساءة[1].

(ج)عوامل مرتبطة بالظروف الأسرية:

تتعدد العوامل المرتبطة بالظروف الأسرية والتى تدعم ظاهرة إساءة معاملة الأطفال ومن أهمها ما يلى[2]:

1ـالعمر:

تكشف السمات المشتركة بين حالات الإساءة والإهمال للطفل عن أنماط معينة تتمثل فى صغر سن الأبوين أو كليهما ، وغالباً ما تكون الأم مراهقة عند إنجاب طفلها الأول، غالباً ما يكون الطفل الوليد دون وزنه الطبيعى ومولود قبل موعده ويحتاج إلى عناية.

وحيث أن صغر عمر الوالدين قد يكون مرتبطاً بعدم نضجها وإدراكهما لكيفية تربية الأبناء والقيام بمسئوليتهما، وأشارت دراسة كل من "وائل الزغل" و"عمر إسماعيل" أن صغر عمر الوالدين أحد العوامل الأسرية التى تدفعهما إلى الإساءة للطفل.

2ـالضغوط الاجتماعية والنفسية:

والتى تتعرض لها الأسرة، حيث ينظر العديد من الباحثين إلى الضغوط على أنها العامل المفجر عندما يصاحبها عوامل ترتبط بضرب أو انتهاك الطفل حتى تولد إهماله وإساءة معاملته والتخلى عنه.

ولقد أشار إلى هذا المعنى "أحمد السيد إسماعيل" و "توفيق عبد المنعم توفيق" 1996 حيث أشار إلى أن الضغوط النفسية والاجتماعية التى قد تؤدى إلى إساءة معاملة الآباء لأطفالهم، قد يتمثل فى الجو الأسرى الذى يشيع فيه الخلافات والمشاحنات، وعدم التوافق الزواجى وعدم وجود رضا زواجى وكذلك كثرة

---

(1) Corby, Brian, OP Cit, P. : 128.

(2) عدلى السمرى: العنف فى الأسرة "تأديب مشروع أم انتهاك مخطورة ،مرجع سبق ذكره، ص ص: 151: 158.

الاحباطات التى تتعرض لها الأسرة [1]. حيث أشارت دراسة "عادل عز الــدين" إلى أن الرضا الزواجي يؤدى إلى قيام الوالدين بــدورهما تجــاه الأبنــاء، وأداء مسئوليتهما الوالدية تجاههم.

3ـ إنجاب الكثير من الأطفال أو الأطفال الغير مرغوب فيهم:

وهناك عامل أخر كثيراً ما يرد ذكره فى التراث، وهو فكرة إنجاب الكثير من الأطفال، أو الأطفال غير المرغوب فى الأسر المنتهكة والمسيئة لأطفالها، ويذهب بعض الباحثين إلى أن الأطفال من المحتمل أن يكونوا أكثــر عرضــة للإســاءة والإهمال عندما يعيشون فى أسر كبيرة العدد أشار إلى هذا المعنى عبدالسلام عبد الغفار وآخرون[2].

4ـ المستوى الاجتماعى والاقتصادى للأسرة:

تمثل الظروف الاجتماعية والاقتصادية للسياق العام الذى تعيش فــى إطــاره الأسرة، ويمكن الربط بين ارتفاع المستوى الاجتمــاعى والاقتــصادى للأســرة والقدرة على تربية الأطفال وحسن معاملتهم على أساس توافر مستوى أكبر مــن الوعى بالأساليب التربوية الملائمة لمعاملة الأطفــال، أمــا انخفــاض المــستوى الاجتماعى والاقتصادى يؤدى إلى خبرات الإحباط والحرمان مما يشكل فى النهاية أسلوب معاملة الوالدين للأبناء[3].

(د) عوامل تتعلق بالظروف الاجتماعية والمجتمعية:

وهى عوامل ذات تأثير عام خارجي، ولكنها تتصل اتــصالاً وثيقــاً بالأســرة والعلاقات الأسرية وتؤثر فيها تأثيراً كبيراً وتعتمد نتائجه على مدى تمسك أفــراد الأسرة بالدين وإيمانها بالله تعالي وعلى قدرة أفراد الأسرة على مواجهتها ومقاومة

---

(1) أحمد السيد إسماعيل وتوفيق عبدالمنعم توفيق: دراسة بعض المتغيرات النفسية المرتبطــة لإســاءة معاملة الطفل لدى بعض الأسر المصرية، المؤتمر السنوى، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، 1996،ص ص 24: 25.

(2) عبدالسلام عبدالغفار وآخرون: مرجع سبق ذكره، ص78.

(3) عبدالحليم محمود السيد: الأسرة وإبداع الأبناء، دار المعارف، القاهرة، 1980، ص216.

آثارها[1]، ومن أهم تلك العوامل[2]:

1ـالفقر والظروف المعيشية:

إن الفقر والظروف المعيشية القاسية فى العشوائيات مثلاً، وحرمان الأطفال، أبسط حقوقهم الإنسانية، مثل المأكل والمسكن المناسب وإساءة واستغلال الأطفال وغيرها من مظاهر التغيير الاجتماعى الذى ينعكس على الآباء والأمهات ويفقدهم أعصابهم ويولد لديهم العنف حتى نحو أقرب الناس إليهم (أطفالهم).

2ـالمعتقدات الحضارية:

يركز بعض العاملين فى هذا الحقل على أهمية الأراء الحضارية لمجتمع ما نحو طرق تربية الأطفال، فالمجتمع الذى يرى فى القسوة عنصراً ضرورياً فى تربية الطفل سيبرر الإساءة إذا حدثت على أساس أن للأب يفعل ما يشاء لطفله فى سبيل تربيته[3].

3ـتكنولوجيا الاتصالات والمعرفة:

من المعروف أنه كلما زاد العنف فى المجتمع، زاد العنف على الأطفال، فما بالنا وقد طغى على ما تبثه الفضائيات، وبرامج الكمبيوتر ولعب الأطفال مجسمة كانت أو متحركة ، ولقد غابت النماذج السلوكية السيوبية عما يعرض على الأطفال والكبار على حد السواء، ولم يبق إلا المزيد والمزيد من العنف، وينعكس على تعامل الآباء مع الأطفال.

4ـالاتجاه الثقافى نحو العنف فى المجتمع:

ويعنى هذا أن المجتمع يقبل العنف ويعترف به، ويعتبره إحدى اتجاهاته، ويعد ذلك واضحاً فى تمجيده للعنف فى الروايات والأفلام، وفى وسائل الإعلام

---

(1) سلوى عثمان الصديقى: التكنيك النظرى والتطبيقى فى طريقة العمل مع الأفراد، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، 2001، ص: 345.

(2) هدى محمود الكاشف: قضايا معاصرة فى تربية الطفولة المبكرة، مرجع سبق ذكره، 2005، ص 184.

(3) السيد عمر: الوالدية والتربية السياسية للأبناء فى ضوء الرؤيا الكونية الحضارية للإسلامية (مقارنة أولية فى التأسيس المفاهيمى) ، مرجع سبق ذكره، ص372.

المقروءة والمسموعة والمرئية، حتى وإن كان المجتمع يعرضها فى شكل صور للتسلية، إلا أنها فى أغلب الأحيان تصف كل هذا فى شكل جرعات مكثفة من العنف، حيث يميل بعض أفراد المجتمع إلى محاكاتها، ويمكن القول بأن مسئولية العنف والإساءة الوالدية للأطفال تقع على عاتق المجتمع بدءاً من المجتمع العالمى الذى أصبح يعتمد على لغة العنف والعنف المضاد كلغة وحيدة للتفاهم وحل المشكلات مروراً بالمجتمع المحلى ومؤسساته المختلفة[1].

5ـعدم حصول الأسرة على الدعم الاجتماعى:

عدم حصول الأسرة على الدعم والمساندة الاجتماعية، من العوامل التى تزيد من الضغوط على الأسرة القائمة برعاية الطفل المعاق ، وعدم وجود مستويات مناسبة من الدعم والمساندة من باقى الأفراد داخل الأسرة، مثل زوجة الأب أو زوج الأم والأخوة والأخوات أو الأصدقاء، أو من خدمات المساندة الرسمية بالمؤسسات الخاصة برعاية الفئات الخاصة الموجودة بالمجتمع.

خامسا: *السلوك الاجتماعى والتنشئة الاجتماعية* :

إن الإنسان كائن اجتماعى منذ اللحظة الأولى لولادته، ومنذ أن يتلقاه والداه بالفرحة ويدأبا على تنشئته اجتماعياً من المهد.

ويرى عادل الأشول أن السلوك عامة هو مجموع الأنشطة التى يقوم بها الكائن الحى، والتى ملاحظتها أو رصدها بجهاز معين، ويدخل فى السلوك كل ما يذكر لفظياً عن الخبرات لاشعورية الذاتية[2].

بينما أشارت سهير عادل العطار أن السلوك الاجتماعى هو تغير فى الحركة أو مستوى النشاط العقلى، والحركى والانفعالى فى موقف معين ويكون ذلك عادة

---

(1) سهير عادل العطار: جرائم عنف الآباء ضد الأبناء (تحليل سوسيولوجى)، (بحث منشور فى مؤتمر مركز دراسات الطفولة معاً من اجل مستقبل أفضل لأبنائنا، معهد الدراسات العليا للطفولة، القاهرة، فى الفترة من 25-27مارس2000، ص ص 250-297.

(2)عادل الأشول : موسوعة التربية الخاصة، مرجع سبق ذكره ، ص126.

عبارة عن استجابة أو الإدراك، والزيادة فى إفرازات الغدد أو نقص فى الإفرازات(1).

وذهب حامد زهران إلى أن السلوك شكل عام هو أى نشاط حيوى هادف (جسمى أو عقلى أو اجتماعى أو انفعالى) يصدر من الكائن الحى نتيجة لعلاقة ديناميية وتفاعل بينه وبين البيئة المحيط به، والسلوك عبارة عن استجابة أو استجابات لمثيرات معينة، ويجب التفريق بين السلوك على أنه استجابة كلية وبين النشاط الفسيولوجى كاستجابات جزئية، والسلوك خاصية أولية من خصائص الإنسان يتدرج من البساطة إلى التعقيد وأبسط أنواع السلوك هو السلوك الإنعكاسى Reflexive Behavior، ومن أعقد أنماط السلوك السلوك الاجتماعى Social Behavior،فالسلوك الإنعكاسى محصور فى الفرد لا يحتاج إلى استخدام المراكز العقلية العليا فى الجهاز العصبى، ومعظمه وراثى لا إرادى وغير اجتماعى، بينما يتضمن السلوك الاجتماعى علاقات بين الأفراد فى الجماعة الواحدة، كما يشمل علاقة الفرد وبيئته الاجتماعية، وهذا السلوك يتطلب تشغيل المراكز العقلية العليا، ويقوم على الأسس الأخلاقية والمعايير الاجتماعية التى يتعلمها الطفل من خلال التنشئة الاجتماعية التى تتضمن اتصالاً اجتماعياً إدارياً(2).

ويتفق عادل الأشول مع ما سبق فيما يتعلق بأن السلوك الاجتماعى يتضمن تفاعلاً اجتماعياً، فهو سلوك يتأثر بسلوك الأشخاص الآخرين أو يؤثر فيه، وهو السلوك الذى يشتمل على تواصل بين الأفراد بعضهم مع بعض أو بين الجماعات بعضها مع بعض(3).

(1) سهير عادل العطار : تقلص التفاعل الاجتماعى فى الأسرة وأثره على تنشئة الطفل ، مؤتمر طفل الغد وتنشئته ، معهد الدراسات العليا للطفولة، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، 1998.

(2) حامد عبد السلام زهران : علم النفس الاجتماعى ، عالم الكتب، القاهرة، 1984، ص31.

(3) عادل الأشول : موسوعة التربية الخاصة، مرجع سبق ذكره ، ص 880.

ويجدر الإشارة هنا إلى أن على فالح هنداوى قد ميز بين شكلين من أشكال السلوك فى تعريفه الإجرائى للسلوك الاجتماعى وهو " السلوك المضاد " و"السلوك المستقل" فعرف السلوك المضاد بأنه عدم استجابة الفرد بالمرة لضغط الجماعة، وذلك لعدم الموافقة على أحكامها، أو مستواها السلوكى، ويتحرك دائماً بالاتجاه المضاد لها سواء كان سلوكه صحيحاً أو غير صحيح فى معظم الأحيان، أما السلوك المستقل فهو أن يتمسك الفرد بحكمه ويبقى مستقلاً عن ضغوط الجماعة، وقد يعطى سبباً لموافقته أو معارضة لأحكام الجماعة أو مستواها السلوكى، سواء كان سلوكاً صحيحاً أو غير صحيح فى معظم الأحيان[1].

ويقودنا الحديث هنا إلى أهمية دور كل من التنشئة الاجتماعية والتعلم كعاملين أساسيين أبرزهما من قبل حامد زهران فى تعريفه، وقد أكدت عليهما أمل حسونه.

التنشئة الاجتماعية Socialization:

هناك علاقة وثيقة بين أساليب التنشئة الاجتماعية وتشكيل السلوك الاجتماعى للطفل، حيث تعتبر عملية التنشئة الاجتماعية هى المسئولة عن تشكيل السلوك الاجتماعى، وعن استدخال ثقافة المجتمع فى بناء شخصية الطفل وعن توافقه الاجتماعى وتعلمه الأدوار الاجتماعية والقيم والاتجاهات[2].

إنها عملية تعليم وتعلم يكتسب من خلالها الطفل القيم والمعايير الاجتماعية السائدة، وما يجب عليه أن يقوم به من أدوار فى المجتمع وتؤثر فى عملية التنشئة الاجتماعية الكثير من المؤثرات والعوامل الثقافية والتى فيها العادات والقيم الاجتماعية والنواحى الفنية التكنولوجية، وما يرتبط بها من سلوك اجتماعى يتعلمه الأفراد، ومن النواحى الثقافية التى تؤثر فى شخصية الفرد الضغوط وعمليات

---

(1) على فالح هنداوى : التنشئة الوالدية والسلوك الاجتماعى للأبناء، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس، 1991.

(2) أمل محمد حسونة : تعميم برنامج لإكساب أطفال الرياض بعض المهارات الاجتماعية، دراسة تجريبية للدكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، 1995.

الضبط كالثواب والعقاب(1).

ويؤكد محمود أبو النيل على أن عملية التنشئة الاجتماعية هى عملية تعليم وتعلم وتربية تقوم على التفاعل الاجتماعى، وتهدف إلى إكساب الفرد سلوك ومعايير واتجاهات مناسبة لأدوار اجتماعية معينة تمكنه من مسايرة جماعته والتوافق الاجتماعى معها. إنها لا تتم مرة واحدة وتنتهى، وإنما هى عملية ملازمة للإنسان فى مراحل حياته.

والتنشئة الاجتماعية هى عملية تحويل الكائن الحى إلى كائن اجتماعى يتأثر بالجماعة ويؤثر فيها، بما يحقق عملية امتصاص الفرد لقيم الجماعة وتعلم أساليب ومعايير السلوك التى تتبناها الجماعة بما يتيح التفاعل الناجح بين الفرد والجماعة، كما تسهم فى تحقيق قدر من التشابه بين أفراد الجماعة بما ييسر التعامل والتفاعل، ويقلل من الصراع بين الأفراد مما يسهم فى تماسك الجماعة(2).

ويجمل حامد زهران عملية التنشئة الاجتماعية بأنها العملية التى يتشكل عن طريقها سلوك الفرد من خلال التفاعل الاجتماعى، وتستدخل ثقافة المجتمع فى بناء الشخصية، وتطبع المادة الخام للطبيعة البشرية فى النمط الاجتماعى والثقافى، وتحول الكائن البيولوجى إلى كائن اجتماعى وتشكل اجتماعياً خامة الشخصية، وتدمج الفرد فى الحياة الاجتماعية. إنها عملية دينامية (تكامل وتغيير) تتضمن تعلم المعايير الاجتماعية والقيام بادوار اجتماعية، اكتساب الاتجاهات النفسية الاجتماعية والتفاعل الاجتماعى والنمو والنضج الاجتماعى، إنها عملية تعلم ونمو واكتساب الإنسان الصفة الإنسانية(3).

ومع ذلك فقد أضاف (وول 1987) عوامل اجتماعية أخرى تؤثر على السلوك

---

(1) بثينه حسنين عمارة : الأسس لتنشئة الأبناء، ط 2، مكتبة لطفى للتصوير والطباعة ، القاهرة، 2005، ص140.

(2) المرجع السابق، ص 143.

(3) حامد زهران : علم النفس الاجتماعى ، مرجع سبق ذكره ، ص42.

الاجتماعى مثل الأقران وروضة الأطفال.

إن الأسس الأخلاقية التى يرتكز عليها السلوك الاجتماعى تعد إلى حد بعيد أمور يمكن تعلمها واكتسابها، وهذا الاكتساب يتم بشكل تلقائى بقدر أو بأخر تحت إشراف الوالدين، خاصة إذا كان الطفل ينتسب إلى أسرة متسقة تعيش ضمن جماعة توفر مناسبات للاتصال بأطفال آخرين خارج مجموعة الأخوة والأخوات، وعندما يفتقر الطفل إلى تلك التسهيلات فإن لمؤسسة الطفل ولروضة الطفل ولمجموعة اللعب دوراً هاماً فى تنمية السلوك الاجتماعى، ذلك أن مجرد اتصال الطفل بأقرانه يوفر له عدة مناسبات للتعلم الاجتماعى عامل آخر له دور بارز ومؤثر على السلوك الاجتماعى وهو مستوى النضج والمرحلة العمرية التى ينتمى لها الطفل، فقد أكد حامد زهران كما سبق الذكر على أهمية تشغيل المراكز العقلية العليا، وأن هذه العملية تتطلب مستوى من النضج لا يتوفر للطفل الصغير، ومع ذلك فإن متطلبات المجتمع من الطفل فى مراحل نموه الأولى تتناسب مع قدراته المتبقية.

وبناء على ما سبق يتضح أن السلوك الاجتماعى ليس له صفة ثابتة وإنما يختلف من بيئة إلى أخرى ومن زمن إلى آخر ومن شخص إلى آخر وفقاً لعمره الزمنى وعمره العقلى والحالة الجسمية والنفسية التى يتواجد بها. وعملية نمو السلوك الاجتماعى المقصود بها قيام الطفل بسلوكيات اجتماعية أرقى من حيث تدرج المتطلبات الاجتماعية وفقاً للمرحلة العمرية بشكل عام.

ويرتبط مفهوم السلوك الاجتماعى ببعض المفاهيم الأخرى مثل :

أ) المعايير الاجتماعية Social Norms :

وهى القواعد المكتوبة فى مجتمع والتى تحكم سلوك أفراده واتجاهاتهم ومعتقداتهم (1).

---

(1) عادل ألأشول : موسوعة التربية الخاصة، مرجع سبق ذكره، ص 132.

وهى ميزان أو مقياس السلوك الاجتماعى، وهى السلوك النموذجى أو المثالى المحدد لما هو صحيح وما هو خطأ، وما هو جائز، وما هو غير جائز، وما هو مباح، وما هو غير مباح، أى أنها تحدد وتسهل سلوك الفرد والجماعة وتحدد السلوك المتوقع فى المواقف الاجتماعية[1].

ب) التفاعل الاجتماعى Social Interaction:

يرى عادل الأشول أن التفاعل الاجتماعى هو تبادل الفعل بين الأفراد أو الجماعات[2].

ويرى الفرويديون أن عملية التفاعل الاجتماعى تشكل قيودً مفروضة (تؤثر الجماعة بالضغوط المختلفة على الفرد فيتأثر بها أو يقاومها) يجب احترامها لو على حساب نمو الشخصية من الناحية النفسية.

ويؤكد محمود أبوالنيل بأنه نوع من التفاعل بين شخصين أو أكثر حيث يتعدل أو يتأثر سلوك الآخر، أنه عمل متبادل حيث يشترك كل فرد فى العمل ويكيف نفسه ليعمل مع الآخرين، وهو رد فعل ذاتى أى تفاعل مع الشخص نفسه[3].

ج) التواصل Communication :

يمكن النظر إلى التواصل على أنه طريقة أو أسلوب لتبادل المعلومات بين الأفراد، إن المعلومات يمكن إرسالها كما يمكن استقبالها بطرق عديدة تتراوح من الكلمة المنطوقة إلى ابتسامة الصداقة والمودة، إلى حركات اليدين، إلى التعبيرات الوجهية ... ألخ[4].

إنه نوع من التفاعل المتبادل، حيث يكون سلوك فرداً ما بمثابة مثير لسلوك

---

(1) حامد زهران : علم النفس الاجتماعى، مرجع سبق ذكره، ص 120.

(2) عادل ألأشول : موسوعة التربية الخاصة، مرجع سبق ذكره، ص 883.

(3) محمود السيد أبوالنيل : علم النفس الاجتماعى، دراسات مصرية وعالمية، ط 2، الجهاز المركزى للكتب الجامعية والمدرسية، القاهرة، 1987، ص271.

(4) عبدالفتاح صابر : فى سيكولوجية النمو ، بدون ناشر، القاهرة، 1998، ص41.

فرد آخر، ففى مثل هذا النظام تجد الرموز تشير إلى محتويات الفكر، وهو أمـــر متعلم مكتسب يتعلمه الأفراد بما فيهم ضعاف السمع وضـــعاف الكـــلام، وفقـــدوا الاتصال من خلال اللغة (التوحديين).

د) التوافق الاجتماعى Social Adjustment:

هو تعلم بناء علاقة مقبولة بين الفرد وبيئته الاجتماعية، كالأســـرة والمدرســـة والمجتمع .. ألخ وبالتالى تعلم ما هى الأنماط السلوكية المقبولة وغير المقبولة فى مواقف اجتماعية معينة وفى البيئة بصورة عامة ويـــشارك إلـــى ذلـــك بالكفـــاءة والأهلية الاجتماعية [1].

هـ) المهارة الاجتماعية Social Skills:

يرى محمد الدفراوى أن المهارة الاجتماعية فى أحدى صورها هى إظهار المودة للناس، وبذل الجهد لمساعدة الآخرين[2].

كما عرفها كومنبر وسلابى بأنها قدرة الفرد على التفاعل مع الآخرين فـــى محـــيط اجتماعى بأساليب معينة مقبولة اجتماعياً، أو ذات قيمة اجتماعية وفى نفس الوقت ذات منفعة للشخص نفسه أو للآخرين أو للاثنين معاً.

وإن المهارة الاجتماعية هى أيضاً قدرة الطفل على تنظيم وترتيب أفكاره بهـــدف تحقيق أهداف اجتماعية وثقافية مقبولة [3]، وإتقان الطفل للمهـــارات الاجتماعيـــة يؤدى إلى توافقه الشخصى والاجتماعى والمهارة الاجتماعية تتمثل فى مجموعـــة الأعمال والاداءات والأنشطة والخبرات التى يتعلمها الطفل المتوحـــد ويكررهـــا ويتدرب عليها بطريقة منظمة حتى تدخل فى أســـلوب تفاعلـــه مـــع الأشـــخاص الآخرين والأشياء من حوله.

---

(1) عادل الأشول : موسوعة التربية الخاصة، مرجع سبق ذكره، ص260.

(2) محمد حسيب الدفراوى : نموذج لبرنامج تأهيلى لطفلة منطوية على ذاتها ، محاضرة فـــى مركـــز سيتى كاريتاس مصر، 1991، ص140.

(3) Combs. T.P. & Slabby, D.A : A Social Skill Training With Children. In B. Lahey & Akażdin (Eds.), Vol (1), NewYork, Plenum Press, 1997.

سادسا: خصائص (الأطفال المساء إليهم - خصائص الأسر التي تسيء معاملة أطفالها)

خصائص الأطفال المساء إليهم Characteristics of The Abuse.[1]:

الصفات و الخصائص التى يتسم بها الأطفال المساء إليهم وفقاً لما أظهرته نتائج الدراسات والتى حددها Finkelhor & Korbin فى الفئات التاليـة علـى أنهـا الأكثر عرضة للإساءة، وهم الأطفال ذوى الحالات الصحية الـضعيفة، الأطفـال المعاقون والمتشوهون، والأطفال الذين يولدون فى ظروف غير عادية أو صعبة، الأطفال الزائدون Excess أو غير المرغوب فيهم Unwanted.

وفى دراسة أخرى ذُكر أن أهم الخصائص النفسية لهؤلاء الأطفال هى[2]:

(أ)-نقص القابلية للاستمتاع بالحياة، ونوبات غضب وعدم الاستقرار وزيادة الحركة، وانخفاض تقدير الذات، وظهور مشكلات تتعلق بالانسحاب والعنـاد والتمرد، والسلوك القهرى، والسلوك العدوانى.

كما ذكر "أحمد السيد إسماعيل" خصائص الطفل المساء إليه هـى: العدوانيـة، الخوف، والانسحاب، واضطراب العادات مثل قضم الأظـافر، وحالـه مزاجيـة متأرجحة، والعزله[3]، وهذا ما أشارت إليه دراسة بعنوان الألفـة. العزلـه لـدى الأطفال المحرومين وغير المحرومين أسريا حيث توصـلت إلـى أن الأطفـال المحرومين يعانون من العزله أكثر من الأطفال غير المحرومين ، ويرجع ذلـك إلى ما عانوه من خبرة الانفصال ، وما تعرضوا له من إهمال وسؤ معاملة[4].

ولاحظ "تاور" Tower أنه ليس هناك بروفيل واحد لشخصية الطفل الذى أُسيئت

(1)Corby, Brian, OP Cit., P: 124.

(2) ممدوحة محمد سلامة: الإساءة للأطفال وعواقبها، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، العدد 20، 1991، ص213.

(3) أحمد السيد إسماعيل:مشكلات الطفل السلوكية وأساليب معاملة الوالدين،مرجع سبق ذكره،ص 273.

(4) السعيد غازى محمد رزق، وربيع شعبان عبدالعليم: الألفة /العزلة لدى الأطفال المحرومين وغيـر المحرومين أسرياً (بحث منشور فى مجلة معوقات الطفولة، مركز معوقات الطفولة، جامعـة الأزهـر، العدد (5)، 1996، ص ص 55:35.

معاملته، ففى بعض الأحيان تكون المسايرة أو الرغبة الشديدة فى إرضاء الآخرين، وفى أحيان أخرى تظهر على الطفل أعراض شيطانية بحيث يكون الطفل صعب المراس، عنيداً، لا يعبأ أو يتأثر بأى علامة من علامات الغضب أو الاستهجان من قبل الآخرين، كثير الحركة غير مستقر فى مكان، عدوانى لا يستطيع اللعب مع أقرانه لمدة طويلة دون أن يقوم بضربهم أو إيذائهم بشكل أو بآخر [1].

كما أن العدوان يصبح بالنسبة لهؤلاء الأطفال المنفذ أو المخرج الوحيد، فكل ما تعلموه هو أساليب سلبية لمواجهة الموقف ، الذى يجدون فيه أنفسهم يتنازلون به عن حق من حقوقهم والتصرف كصغار فى سبيل إرضاء الوالدين ، كما تقل رغبتهم فى استطلاع بيئتهم؛ وينخفض تقديرهم لذواتهم إذ يرى نفسه غبياً أو شقياً غير جدير بالحب، كما يقل شعوره بالكفاية فى مواجهة أمور أو مهام أو مواقف تقع فى إطار قدراته وذلك يطلق عليه استجابة تكيفيه لظروف سيئة [2].

خصائص الأسر التى تسئ معاملة أطفالها (الأسر المسيئة Abuse Families):

للأسرة التى تسئ معاملة أطفالها مجموعة من الخصائص، ويحدث داخلها العديد من التفاعلات والعمليات التى تؤثر على أنساقها (الأطفال)، وتكون نهايتهم الإصابة بالكثير من الاضطرابات والأمراض النفسية ، ومثل هذه الأسرة تسمى أسرة منجبة للمرض حسب رأى "بوين" ويعبر عن رأيه فى هذا الشكل [3]

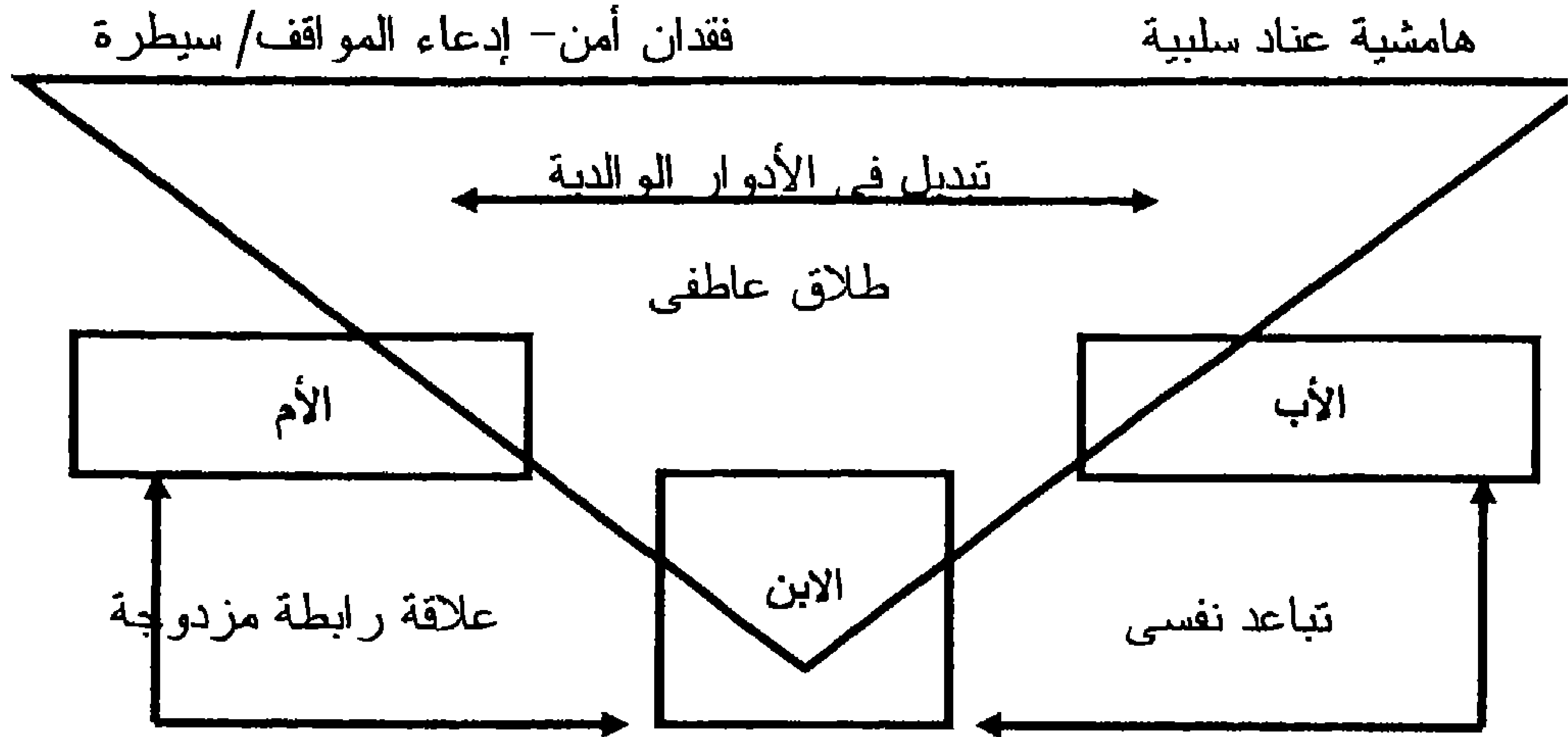
---

(1) Tower, Cynthid Crosson: Op. Cit. P: 74.

(2) ممدوحة محمد سلامة: الإساءة للأطفال وعواقبها، مرجع سبق ذكره: ص ص 18 : 19.

(3)Bowen, M: Family Theory. In Clinical Practice Jasom, Aronson inc, New Jersey, 1994 , P 65 .

- نقلاً عن علاء الدين كفافى، المفاهيم والممارسات الوالدية الخاطئة من المنظور النسقى، (بحث منشور فى ندوة "نحو والديه راشده من اجل مجتمع راشد،كلية التربية، جامعة جنوب الوادى، فرع سوهاج مركز الدراسات المعرفية)، ج1، 2004، ص ص: 35: 39.



وهناك مجموعة من الخصائص التى تتصف بها الأسرة ونعتبرها مصدراً للخطر على الأطفال بدلاً من أن تكون مصدراً للأمان من أهمها كما ذكرها "علاء الدين كفافى" ما يلى[1]:

أ)المناخ غير السوى فى الأسرة:

ويشمل هذا المناخ مجموعة من السمات منها اللاإنسانية فى الأسرة بمعنى أن الأفراد داخل الأسرة يتم تجريدهم من صفاتهم الإنسانية، وعدم تتبع الوالدين بالقدر الكافى من الاتزان الإنفعالى والقدرة على تحمل المسئولية، وخاصة مسئولية الزواج وتكوين أسرة ويتسم المناخ الأسرى أيضاً بالحب المصطنع والمتكلف بالنسبة للطفل.

ب)بعض العمليات اللاسوية فى الأسرة:

ومن أهم تلك العمليات اللاسوية فى الأسرة التبادلية الكاذبة، والتزييف، وإيقاع الطفل فى براثن المثلث غير السوى بتحالفه مع أحد الوالدين ضد الوالد الآخر أو باتخاذه كبش فداء لأعضاء الأسرة جميعاً كل ذلك ما يفعله آباء غير ناضجين يصيبهم قلق وتوتر فى الصحة النفسية والوجدانية.

---

(1)المرجع السابق، ص40.

ج)عمليات الاتصال الخاطئ داخل الأسرة:

و هذه العمليات من شانها أن تشوه الاتصال بين الآباء، والأبناء مثل الانقسمات والانحرافات و العزلة الثقافية و الاجتماعية و الفشل فى تنشئة الأبناء وتعليمهم. ويرى سميث Smith 1975 أن ضعف البناء الأسرى يعد أحد السمات التى تتصف بها الأسرة التى تسئ معاملة أطفالها ، فالأب غير الواعى بمسئولياته تجاه زوجته وأولاده هو أحد علامات ضعف البناء الأسرى، وكذلك وجود أحد الوالدين دون الأخر لأى سبب (طلاق- سفر- وفاة) يعتبر من علامات الخلل الموجودة فى الأسرة[1].

وقد أضاف حسين فايد إلي ما سبق من خصائص ما يلي:-

انخفاض تقدير الذات والتنظيم الانفعالي المنخفض، واستخدام مفضل للعقاب البدني، ومهارات والدية سيئة [2] وأيضا من خصائص الأسر المسيئة أو التي يحدث فيها إساءة معاملة للأطفال يكون بها (توترات أسرية أو زوجية أكثر، حيث تكون أنماطا للتواصل لدي أفراد الأسرة ضعيفة أو مشوهة، ويوجد بالأسرة إرتباكات في الأدوار، وعدم توازن في القوي، ونقص حاد في الثقة وهناك أحتمال كبيرة لإساءة معاملة شريك الحياة، والأسرة المسيئة تظهر صراعاً أكثر وترابطاً اقل، وقدرة علي التعبير أقل[3].

سوف يركز الباحث على إبراز خصائص الآباء والأمهات مرتكبي الإساءة للطفل بصفة خاصة كالتالى :

إن الصفات والخصائص التي يتسم بها الآباء والأمهات ممن يسيئون إلي أطفالهم وفقاً لما أظهرته نتائج العديد من الدراسات، فهؤلاء الآباء والأمهات يبالغون فيما يتوقعونه من أطفالهم بما لا يتناسب ومرحلة نموهم، وكذلك يتمسك

---

(1) وائل ثروت حسن الزغل: إساءة معاملة المعاق الطفل ذهنياً من الدرجة البسيطة وعلاقتها ببعض المشكلات النفسية، مرجع سبق ذكره، ص30. .

(2) حسين فايد: إساءة وإهمال معاملة الطفل، مرجع سبق ذكره ، ص ص: 20: 21.

(3)Hampton Robert j: family vilence, U.S.A. Lilbrary of Congress Cotoging in publicotion Data, 1993, p.p: 35: 37.

مثل هؤلاء الآباء بمجموعة من القواعد الثابتة غير المرنة التي علـــي الطفــل أن ينفذها كما هي ، بغض النظر عن حاجاته وقدراته أو إمكاناته المتبقيـــة لديـــة أو درجة إعاقته وأن التاريخ النفسي لمثل هؤلاء الآباء يشير إلي خبرات من الحرمان والقسوة والإساءة الوالدية ومثل هؤلاء الآباء والأمهات لديهم أفكـــار ومعتقـــدات خاطئة حول دورهم كآباء أو أمهات حول كيفية تربيتهم لأطفالهم [1].

وأشارت "اليوت" Ellott 1988: أن للآبـــاء والأمهـــات خـــصائص تـــرتبط بالجوانب المختلفة للشخصية. التي يتصف بها الآباء والأمهات ويكون لها دوراً أساسياً في حدوث الإساءة بأشكالها المختلفة للأطفال ومن هـــذه الـــصفات مـــا يلي[2]:

1) الصفات السلوكية:

كثيراً من الآباء والأمهات المسيئين لأطفالهم يستخدمون الكحوليات حيث يؤثر ذلك سلبياً علي القدرات المعرفية، وتبعاً لذلك فالمسيئون قد يعانون مـــن العزلـــة الاجتماعية والوحدة، وقد تتصل هذه الصفات باعتقادهم بأن الآخـــرين لا يمكـــن الوثوق بهم، أو الاعتماد عليهم، ويظهر الآباء والأمهات المسيئين لأطفالهم أنماطاً معاكسة للتفاعل مع أبنائهم، ويظهرون تجاوباً عاطفياً أقل نحو أبنائهم، وهم أيضاً أقل استجابة للتغيرات المؤقتة في سلوك أطفالهم ، وكثيراً ما يستخدمون العقـــاب اعتقاداً منهم بأنه الإستراتيجية المناسبة للتعامل مع أطفالهم.

2) الصفات الشخصية:

يتميز القائم بالإساءة ببعض السمات الشخصية هي: العنـــاد، وعـــدم الـــصبر، والميل إلي لوم الطفل، وعدم الواقعية في التوقعات المرتبطة بالحقوق والواجبات ، بالإضافة إلي سمه عدم القدرة علي السيطرة علي النفس أثناء الغضب، ولقد حدد

---

(1) عدلي السمري: العنف الأسري تأديب مشروع أم انتهاك محظور، مرجع ســبق ذكـــره، ص ص: 171: 172.

(2)Hampton Robert,t j: Op. Cit, : PP: 35: 37.

"أولا بارنت" Ola Barntt عدد أخر من السمات هي: الخلل المعرفي أو العقلي، والأعتمادية، والدخل المنخفض، والإنعزال الاجتماعي(1).

3) الصفات العقلية والنفسية:

وأشار كل من "Brodlyn, kelly, fairbanr"1983" أن الآبـاء والأمهـات المسيئين لديهم زيادات كبيرة في معدلات التنفس، ولديهم سرعة في الانفعال مـع البواعث غير المتصلة بالطفل، وأيضاً الكثير منهم لديهم إعاقات بدنيـة ومـشاكل صحية.

4) الصفات المعرفية والعاطفية:

أشار كل مـن "Brodlyn, kelly, fairbanr"1983" أن الآبـاء والأمهـات المسيئين لديهم منظور متدني للذات وقوة ترابط ضعيفة مع الآخرين، وتكون لديهم ملاحظات سلبية عن أبنائهم وتشمل تلك الملاحظات:

عدم الطاعة، والإزعاج، وكثيراً ما يضع الآباء والأمهات أبنائهم في مقارنه مع الآخرين، ويتصف الآباء والأمهات أيضاً بزيادة في التوتر الذي يجعلهم يتعاملون مع الطفل بعدوانية، وتدعيماً لهذا الرأي ذكر" Merluz 1991 " أن الآباء الأكثر عرضة للإساءة يكونون أكثر قابلية للإستثاره وأكثر سـيطرة وإحـداث للعقـاب ورفض لأبنائهم، ويتمتعون أيضاً بمعدلات عالية من القلق والاكتئاب الذي يـؤدي إلي عقاب الأطفال ويعانون من ضغوط كثيرة ولديهم إحساس بالوحدة.

(5) الصفات الديموجرافية:

يوجد العديد من مسببات التوتر المتعلقة بالبيئة والتي قد تؤدي إلـي الإسـاءة الوالديه ، ومرتبطة بالعوامل الديموجرافية مثل البيئة المزدحمة بالأطفال ويـري بعض الباحثين نقص الموارد الاقتصادية علي أنه عامل رئيسي، وكـذلك تـدني مستوي الذكاء بالنسبة للآباء والأمهات مرتكبي الإساءة.

(1)Barnett, o, et al: Family violence Across the life span: An introduction, California, sage publications, inc, second Edition. 2005. P, 356.

سابعاً: الضغوط الوالديه المرتبطة بإساءة معاملة الأطفال:

مصادر الضغوط لدي والدي أطفال الأوتيزم :

تتعدد مصادر الضغوط التي يتعرض لها الإنسان، فمنها الضغوط في بيئة العمل الضغط القائم علي الدور، الضغط الداخلي لموقع السلوك، والضغط النابع من البيئة المادية الضغط النابع من البيئة الاجتماعية، والضغط داخل النظام الشخصي [1].

ويؤكد البعض أن هناك نوعين أساسين من بواعث الضغوط الوالدية، منها ضغوط طبيعية مثل نمو أعضاء الأسرة والتغيرات التي قد تحدث في العلاقات الأسرية، والأخرى ضغوط غير طبيعة ناتجة عن الكارثة التي تصيب الأسرة، وهناك خصائص تميز الضغوط الطبيعية عن الضغوط غير الطبيعية وهي[2]:

أ-نقص في السيطرة والإحساس بالعجز.

ب- ضعف منابع الإرشاد.

جـ-عدم وجود وقت للاستعداد.

وللضغوط أربعة مصادر رئيسية هي:-[3].

أ-ضغوط البيئة الاجتماعية. ب-الضغوط المادية.

جـ- ضغوط البيئة الوالدية أو الأسرية. د-ضغوط ناتجة عن تنظيمات العمل.

وبالنسبة لمصادر الضغوط لدي والدي طفل الأوتيزم تتعدد مصادرها نتيجة إغلاق المؤسسة التي يقيم بها أطفال الأوتيزم وتربية الطفل خاصة إذا كان صغيراً ولديه مشاكل سلوكية عديدة ، فوجود هذا الطفل يتطلب خدمات متطورة وبرامج

---

(1) عزت عبد الحميد: المساندة الاجتماعية وضغط العمل وعلاقة كل منهم برضا المعلم في العمل، رسالة دكتوراه كلية التربية، جامعة الزقازيق، 1996، ص493.

(2)Mccubbi H,. & figley.E,: stress and family stress and the Family with catastrophe Normnative, NY. Branner Mozel, vol (1), 1983. P. 25.

(3) مشيرة اليوسفي: ضغوط الحياة الموجبة والسالبة وضغوط عمل المعلم، بحث منشور،' مجلة البحث في التربية، كلية التربية، جامعة المنيا، المجلد3 العدد4، 1990، ص ص 23-28.

تدريب عالية وكلما زادت درجة إعاقة الطفل التوحدي زاد العبء "المدرك علـــي والديه". وميلاد طفل مصاب بإعاقة التوحد قد يولد الشعور باليأس والقلق والذنب لدي والديه، وقد يصبح فى نظر كثير من الآباء والأمهات رمزاً لنوع من التعـــب وقد يلفظ الآباء والامهات الطفل ولا يتقبلونه ويصبح منبوذا منها[1].

وقد يؤدي وجود مثل هذا الطفل التوحدي إلي توتر الحيـــاة الزوجيـــة والوالديـــة فتختلف ردود أفعال الوالدين عندما يعلمون بإعاقة طفلهما بالتوحد، ولعل أول رد فعل لدي الوالدين هو الصدمة والشعور بالقلق والإحباط واليأس والعجـــز عـــن مواجهـــة المشكلة، وتترك هذه المشكلة آثار نفسيه عميقة بسبب ضياع آمالهم فيـــه، وبالتـــالي تضطرب حياتهم الأسرية، فقد يحتفظ بعض الآباء والأمهـــات لأطفـــالهم المـــصابين بإعاقة التوحد وهم صغار، ولكن عندما يكبرون تكبر معهم حاجاتهم وتتعقد مـــشاكلهم حينئذ يعجزون عن رعايتهم وتلبية مطالبهم، ويسلم الوالدان بالأمر الواقـــع ويحـــاولا إلحاقهم بأحد مؤسسات أو مراكز الرعاية بعد أن يكونوا تعودوا علي الكسل والخمول وزادت مشاكلهم كماً وكيفاً وأصبح علاجهم وإرشادهم صعباً ورعايتهم شاقة وينتـــاب الوالدان الشعور بالغم والهم والخوف الزائد علي مستقبله، وقد يترتب علي ذلك معاناة الوالدين من ضغوط كثيرة[2].

الإساءة في التنشئة الاجتماعية ومعاملة أطفال الأوتيزم ، والعوامـــل المؤديـــة لذلك أصبحت العلاقة بين إساءة تنشئة طفل الأوتيزم الاجتماعية وظروف الإعاقة واضحة نظراً لوجود ارتباط بين العوامـــل الآتيـــة (الآبـــاء، العوامـــل الثقافيـــة والاجتماعية، العوامل البيئية عوامل خاصة بالطفـــل وإســـاءة تنـــشئة اجتماعيـــاً وتتضمن هذه العوامل (عدم النضج العقلي، عدم النضج الجـــسمي، الاضـــطراب السلوكي، وإعاقة التوحد في حد ذاتها)

---

(1) جمال مختار حمزة: مدي فاعلية برنامج في تغير اتجاهاتهم نحو الابن المعاق عقلياً وفـــي تحـــسين توافقه، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية ، جامعة عين شمس، 1992، القاهرة، ص169.

(2) Tamos Zirpoli: child Abuse and child with Handicops Remedial and special Education, 1981, pp, 38.

وتتعدد العوامل التي تساعد لتعرض طفل الأوتيزم للإساءة: [1].

أ-أنهم أقل قدرة علي الدفاع عن أنفسهم.

ب-أقل قدرة علي تفسير حقيقة الإساءة.

جـ-غير قادرين علي التفرقة بين الاتصال المادي المناسب وغير المناسب.

د-أكثر اعتماداً علي الآخرين للمساعدة أو الرعاية.

ثامناً : الآثار المترتبة علي إساءة معاملة أطفال الأوتيزم :

للإساءة آثار خطيرة تؤثر علي البناء النفسي للطفل، فغالبية الأطفال يعانون من الاضطرابات النفسية الناتجة عن إساءة المعاملة وأهم آثار الإساءة تكمن في ثلاث جوانب:-

1-الآثار الجسمية.

2-الآثار المرتبطة بالنمو.

3-الآثار النفسية والاجتماعية.

يجب في البداية قبل تناول الجوانب الثلاثة بالدراسة أن نشير إلي أنه دراسة أثر الإساءة يعد صعباً ومعقداً لأسباب عديدة لعل من أهمها:-

1-أنه لا تؤثر الإساءة علي جميع الأطفال بطريقة متجانسة أو متوقعة، فتكون تلك الآثار نافذة pervasiv وباقية long- standing لدي البعض بينما لا تكون سلبية تماماً لدي البعض الآخر، وبالتالي فهناك عوامل تسهم في تباين التأثيرات المصاحبة للإساءة.

2-افتراض إن الإساءة للطفل تسبب مشكلات معينة أمر صعب، لأنه غالباً ما تحدث الإساءة مع مشكلات أخرى داخل الأسرة مثل النزاعات الزوجية

---

(1) مجدي عبد الكريم حبيب: مقياس أراء الأبناء في معاملة الوالدين، كيلة التربية، جامعة طنطا، 1995، ص93.

والعنف الزوجي، والضغوط المختلفة، ولكن يمكن اعتبار أن الإساءة للطفل أكثر العوامل تأثيراً في حدوث بعض المشكلات وذلك إستناداً للدراسات العلمية المختلفة.

3-كذلك هناك عامل هام وهو شدة Severity ومدة Duration الإساءة، حيث يفترض أنه كلما كانت الإساءة مزمنة وأكثر شدة كلما أدت إلي آثار أكثر حده.

4-يتضاعف تأثيراً الإساءة علي الطفل الذي يعيش مع والدان لديهما مستويات عالية من الضغوط والمشكلات.

5-كلما زاد عدد وإشكال وصور الإساءة (بدنية- نفسية - جنسية- إهمال) التي يتعرض لها الطفل كلما كانت النتائج والآثار أكثر سلبية.

6-إن تأثير الإساءة علي الطفل يرتبط إلي حد كبير بمعني الألم Grief والأذى Trauma في ظل الإساءة Context of Abuse.

1)الآثار الجسمية للإساءة:

تتمثل الآثار الجسمية الناجمة عن الضرب وإساءة المعاملة والإهمال في الكدمات البسيطة، والحروق المختلفة، وكسور العظام والعمود الفقاري، وتمزق العضلات ونزيف الجمجمة.

كما أن الصدمة الناتجة عن الضرب قد تؤثر علي الجهاز العصبي المركزي للطفل، أما حالات سؤ التغذية، وإهمال تطعيم الطفل، وهز جسمه أو رجه بقوة، وحرمانه من الماء فيمكن أن يؤدي إلي إصابته بفقر الدم، وتلف في الدماغ وعجز في النمو، مما ينتج عنه التوحد، وشلل الدماغ، وفقد السمع أو النظر، واضطرابات في التعليم [1].

وتؤدي الإصابات التي يقوم بها الوالدان أو القائمون علي رعاية الطفل إلي

---

(1) صالح بن عبد الله: إساءة معاملة الأطفال، مرجع سبق ذكره ، ص97.

آثار جانبية مثل فقدان السمع، تلف العين، التخلف العقلي.

2)الآثار المرتبطة بالنمو:

الآثار المرتبطة بنمو الطفل بصفة عامة فتتمثل في تأخر نمو الطفل في جوانب مختلفة كانخفاض معدل الوزن والطول، وتأخر نمو الذكاء، وتأخر نمو القدرات التعليمية واللغوية. ومخاطر الإصابة بالتخلف العقلي ولاسيما التوحد، والعجز عن أداء الوظائف الحركية والعقلية، تأخر النمو الإدراكي، وعجز في النظام العصبي. فأشارت نتائج العديد من الدراسات والبحوث إلي أن الأداء الفكري والمعرفي intellectual and Cognitive Functioning للأطفال المساء إليهم أقل من الأطفال غير المساء إليهم، وذلك علي أساس مقاييس إدراكية وفكرية عامة وكذلك مقاييس خاصة للسهولة اللفظية Verbal facility والذاكرة Memory، والقدرات الأتصاليه communication Abilities، وحل المشكلات problem solving، والمهارات الإداركيه والحركية perceptual motor skills كما يواجه هؤلاء الأطفال مصاعب في مجال الأداء العلمي والدراسي [1].

كما قامت Mackner & Et al 1997 بدراسة هدفت إلي التعرف علي العلاقة بين الإهمال والوظيفة المعرفية للأطفال، وقد تكونت عينة الدراسة من "177طفلاً" من ذوي الدخل المنخفض، وأسفرت نتائج الدراسة إلي أن الأداء المعرفي للأطفال المهملين كان أقل بصورة دالة من الأداء المعرفي لأقرانهم الذين لم يتعرضوا للإهمال[2].

كما أشار Keer &Mia 2000 من خلال دراسة أجراها علي(193) طفلاً في عمر "6 سنوات" إلي وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين إساءة المعاملة وبعض جوانب نمو الطفل وهي: الأداء المعرفي، الوظيفة التوافقية في المؤسسة، وسلوك

---

(1) Miller- perrin, Cindy l. & Perrin D .: Child Maltreatment: An introduction (california, SAGE publications, Inc, 1999), pp. 79- 80.
(2) Mackner, l. & Et al. The cumulative Effect OF Neglect and failure to Thrive on Cognitive Functioning (journal of child Abuse and Neglect, V.21, No. 7, 1997). Pp. 691 - 700.

الطفل في المنزل [1]. في حين توصلت العديد من الدراسات مثل دراسة perez & widom1994، ودراسة Frankel & El al 2000، إلي أن معدل ذكاء الأطفال المساء إليهم أقل من أقرانهم الذي لم يتعرضوا لإساءة المعاملة[2].

كما أوضح Ecknorde et-al 1993 الأداء المعرفي للأطفال المساء إليهم أكثر انخفاضاً من أقرانهم غير المساء إليهم، كما أنهم يبدون معدلات أعلي من عدم الانضباط بالمؤسسة، وبالتالي فإن لإساءة المعاملة تأثيراً سلبياً علي النمو المعرفي للطفل.

3) الآثار المرتبطة بالجوانب الاجتماعية والنفسية :

وأشار إليها "كيمب" 1978 في نقص القابلية للاستمتاع بالحياة، والتبول اللاإرادي، وعدم الاستقرار، وزيادة الحركة، وثورات الغضب، وانخفاض تقدير الذات، والانسحاب، والعناد والتمرد، السلوك القهري، والتأخر الدراسي، وزيادة الشك والريبة، والسلوك الناضج الخادع والإزعاج والخضوع [3].

ولقد أكدت العديد من الدراسات– خاصة علم النفس– أهمية حماية الأطفال من الإساءة، لأن الإساءة في الطفولة بنفس خطورة المرض في الطفولة، ولأن سياق الحياة الوالديه في الأسرة يعد هاماً لصحة وسلامة الطفل فالأبوة غير الدافئة، شديدة النقد وخيمة العواقب علي الطفل [4].

ويري "عبد العزيز موسى " أن إساءة المعاملة تؤدي إلي عدم قدرة

---

(1) Keer, mia A.& Et al.: Failure to –thrive, Maltreatment and the Behaviour and Development of 6- year- old childran from low- income, Urban families: Acumulative Risk model (Journal of child Abuse and Neglect, Elsevier scince publishing V.24, NO.5,2000) P. 587-598.

(2)Perz, cynthia M& Widom, cathy spatz: childhood victimization and long- term intellectual and Academic outcomes (journal of child Abuse and Neglect, V. 18. No.8, 1994) p.p, 617- 633.

(3) ممدوحه محمد سلامة: الإساءة للأطفال وعواقبها، مرجع سبق ذكره، ص8.

(4)Brandon, marian: situations of violence, Abuse and Neglect, in: london, bruce& elsegood, john: working with childrcen in grief and loss (london, bailliere tindall, 1996)pp.138-139.

الطفل علي التعامل الجيد مع الأزمات التطورية التي تحدث لـه خـلال مراحـل تطوره المختلفة، وأوضح أن العلاقة مع الوالدين المـصحوبة بـسوء المعاملـة العاطفية والنفسية، هي أحد أنماط العلاقات التـي تـؤدي إلـي سـوء التطـور النفسي للطفل (1).

وحددها "صالح عبد الله 2000 "، بأن الآثار النفسية يمكـن أن تظهـر علـي أشكال مختلفة كالاضطرابات السلوكية والأعراض الإنسحابيه ، والشعور بالخوف، والقلق والاكتئاب والتوتر، والشعور بالعزلة والوحدة، وعدم الاتـزان، والـسلوك العدواني، والإحباط والكبت، وسوء التوافق الاجتماعي، والـصعوبات الجنـسية والإدمان، وعدم القدرة علي الثقة بالنفس، وعدم القدرة علـي تكـوين صـداقات ناجحة والمحافظة عليها (2).

وحددت داليا عزت عبد المؤمن 1997 آثار الإساءة من حيث آثـار قـصيرة المدى مثل:

أ-الأعراض النفسية والجوانب الدينامية (الإكتئاب- الـسلوك العـدواني- الانسحاب- الاضطرابات اللاحقة للصدمة والعلاقات المرضية بالموضـوع- ميكانزمات الدفاع البدائية.

ب-الاضطرابات المعرفية والتوافق المؤسسى ويتمثل فـي (الاضـطراب النموى والمعرفي-صعوبات التوافق المؤسسى).

وآثار طويلة المدى : مثل (السلوك العدواني- السلوك الإجرامي- سؤ استخدام العقاقير، السلوك الانتحارى وإيذاء الذات- المـشكلات الانفعاليـة، الأعـراض السيكاتربه- اضطراب الشخصية المضادة للجميع.

---

(1) عبدالعزيز موسى: الإيذاء والخبرة الصادمة لدى الأطفال،مركز سيتى للإعاقة، القاهرة، 1996، ص 22.

(2) صالح بن عبد الله أبو عبادة : إساءة معاملة الأطفال، مرجع سبق ذكره، ص 97.

4) اضطرابات الشخصية البينية. أعـراض الاكتئـاب. أعـراض التفكـك. اضطراب توتر ما بعد الصدمة، الشره العصبي للطعام) [1].

ولقد وضع Mrazek قائمة بالتأثيرات قصيرة المدى short- term effects للإساءة تتضمن: التفاعل الاجتماعي الضعيف ، وضعف تقدير الذات، والانسحاب والمعارضة، واليقظة المفرطة Anhedonia[2].

كما يظهر الأطفال المساء إليهم تفاعلات اجتماعية ضعيفة مع أقرانهم ومع الكبـار، تتضح في صعوبة تكوين صداقات، وقصور في السلوك الاجتماعي مـع الأصـدقاء ، وتأخر في مهارات اللعب التفاعلي، كما أن لديهم مشاعر يأس واكتئاب وانخفاض فـي تقدير الذات [3].

ويرى البعض أن إساءة معاملة الطفل تؤدى إلى إعاقة قدراته غـى أربعـة جوانب وهى[4]:

1 -مهارات الاتصال (كالقدرة على نقل واستقبال الرسائل اللفظية وغير اللفظية بطريقة صحيحة).

2-ضعف القدرة على التعامل مع التحديات اليومية.

3-ضعف القدرة على صنع القرار والالتزام به.

4- ضعف القدرة على التحمل والصبر .

حيث يظهر الأطفال المساء إليهم عدداً من المـصاعب الـسلوكية والعاطفيـة تشمل: القلق، الاكتئاب، اضطراب النوم، تقدير منخفض للـذات، نـشاط مفـرط، عدائية مفرطة، عدم طاعة كما أن هناك علاقة مباشرة بين حدة الإسـاءة التـى يتعرض لها الطفل ودرجة سوء توافقه بمعنى أن زيـادة حـدة الإسـاءة تـرتبط

---

(1) داليا عزت عبد المؤمن: الإساءة البدنية للأطفال وعلاقتها بالتفاعلات الأسرية، مرجع سبق ذكـره، ص 69-73.

(2)Brandon, Marian, Op Cit, P.141.

(3)Miller- Perrin, Cindly & Perrin, Robin D., Op Cit, P 81.

(4) صالح بن عبد الله أبو عبادة: إساءة معاملة الأطفال، مرجع سبق ذكره، ص 98.

بمستويات أعلى من خلال الأداء السلوكي والعاطفي، وتعد أكثر المشكلات السلوكية – الناتجة عن الإساءة البدنية خاصة شيوعاً هي المشكلات السلوكية الخارجية Externalizing Behaviour مثل فرط النشاط Hyperactivity والعدائية المفرطة Excessive Aggressiveness ومشكلات السلوك Conduct problems[(1)].

ويعد السلوك العدوانى من أكثر نتائج الإساءة خاصة الجسدية شيوعاً بمعنى أن للإساءة تأثيراً على السلوك بشكل واضح عن الإسهام المحتمل للعوامل الأخرى[(2)].

وهذا ما أكدته العديد من الدراسات والبحوث التى تناولت العلاقة بين إساءة المعاملة والمشكلات السلوكية ومنها دراسة Luna 2003, Pham 2000 والتى أوضحت أن الأطفال المساء إليهم يظهرون معدلات أعلى من المشكلات السلوكية مقارنة بغيرهم من الأطفال الذين لم يتعرضوا للإساءة[(3)].

تاسعا : حق الطفل فى الحماية والمعاملة الإنسانية :

يقاس رقى الأمم وتحضرها بمدى إدراكها لقيمة الطفل واحترامها له وبقدر كفالتها وإشباعها لحاجاته البيولوجية والنفسية، وتمشيها مع الظروف المواتية لنموه نمواً متوازناً ومتكاملاً بما يساعده فى مستقبله على تحقيق وجوده وإنسانيته، وعلى الإسهام بفاعلية فى تنمية مجتمعه وتطويره وإثرائه.

وقد أعلنت الأمم المتحدة وثيقة "إعلان حقوق الطفل" فى عام 1959 وتضمنت هذه الوثيقة على مجموعة من المبادئ تضمنت عدد من الحقوق الرئيسية فى مقدمتها ما يلى:-

---

(1)Minner, Joels& Crouch, Julie L: Child Physical Abuse "Theory and Rsearch" in Hampton Robert l,: Family Violence: Prevention Treatment (California, SAGE Publication Inc., Issues in children's and Families lives, V.l , 1999). P P 31-32.
(2)Brandon, Marian, D., O P Cit. P 85.
(3)Pham, Katherine: The Relationship Among Child Abuse Poten, Marital Satisfaction and Domestic Violence: using Child Abuse Potential to Predict. Vol 25, 1999.

1-عدم التمييز فى الحقوق بين الأطفال على أساس اللون أو الجنس أو الدين أو غيرها.

2-حق توفير الحماية الخاصة للطفل لتمكنه من النمو المتكامل.

3-حق التمتع بمزايا الأمن الاجتماعى.

4-حق التعلم على التعليم والتربية.

5-حق الحماية من كل أنواع الاستغلال أو سوء الاستخدام أو الاهمال أو القسوة.

وقد وقعت مصر بالموافقة على وثيقة الإعلان العالمى لحقوق الطفل فى 30 ديسمبر 1990 وأعلنت التزامها بتنفيذ كل ما جاء بهذه الوثيقة القانونية من بنود.

1-حق الطفل أن يكون له هوية.

2-حق الطفل فى توفير الحماية اللازمة له.

3-حق الطفل فى تأمين وجودة بين أبوية.

4-حق الطفل فى حرية التعبير والتفكير وإبداء الرأى، وحماية خصوصيته.

5-حق الطفل فى أن يوفر له مستوى مقبول من الحياة المعيشية وتقع على الوالدين.

6-الأطفال لهم الحق فى التمتع بالراحة ووقت الفراغ واللعب

7-حق الطفل فى التعليم.

8-حق الطفل فى حماية الدولة له من الاستغلال والاستغلال الجنسى ومن سوء استخدام المواد المخدرة، المواد المؤثرة على الجهاز العصبى وذلك بكل وسائل الحماية الممكنة.

9-حق الطفل فى توفير رعاية والدية يومية كاملة [1]

---

(1) عبد السلام عبد الغفار، عادل الأشول، عبد المطلب القريطى: إساءة معاملة الطفل فى المجتمع المصرى، مرجع سبق ذكره ، ص 65.

1-حق الغذاء:

فكل من يعمل مع الأطفال ينبغى أن يدرك أن الطفل ناقص الوزن الذى تبـدو عليه بوادر الاعتلال هو طفل قد يكون عرضه لخطورة سوء المعاملة.

فقد لا تكون تغذيته كافية بسبب الفقر أو بسبب تجاهل وإهمال الوالدين وقد يقوم القائم بالرعاية بحرمانه من الطعام كأحد وسائل العقاب، أو قد يتوقع ولى الأمر أن يقوم الطفل بإطعام نفسه بنفسه فى حين لا يكون ذلك فى حـدود قدراتـه، أو أن تناول الطعام هو مصدر توتر فى العلاقة بين الطفل والقائم بالرعاية أو والديه (1).

2-حق العناية بنظافته ومظهره:

رغم أن المحافظة على نظافة الطفل وحسن مظهره أمر يتطلـب كثيـر مـن الجهد، ورغم أن الأمهات يختلفن فى درجة تحمل بعض القذارة وعـدم العنايـة بنظافة أطفالهن إلا أن هناك عدة معايير أساسية لنظافة الطفل ينبغـى مطابقتهـا، فالطفل الذى لا يستحم ولا تغير له ملابسه الداخلية لمدة طويلة هو طفـل مهمـل تساء معاملته، الرضيع الذى لا تغير له سراويله بانتظام هو رضيع لا يلقى رعاية كافية، الأم التى ترى أن اتساخ ملابس طفلها فعل متعمد لإثارتها هى ولا شك أم بحاجة إلى العون والمساندة.

3-حق اللعب:

اللعب هو عمل الطفل، ومنذ بداية عهده بالحياة فهو بحاجة لمن يحمله ويحادثه ويشجعه على استكشاف بيئته والتعرف عليها، والطفل لا يمكـن أن ينمـو دون وجود التنبيهات المناسبة.

والكبار القائمين بالرعاية هم أهم مصدر لهذه التنبيهات ولا يكفـى الآمـر أن تعطى الطفل دمية أو لعبة ونتوقع منه أنه يلعب بها، فالطفل من الممكن أن ينمو بدون اللعب والدمى، لكنه لا يمكن أبداً أن ينمو بدون التفاعل مع الآخـرين. ولأن الطفل له الحق أن ينمو على محو سليم فإن ذلك يتطلب قـدراً مـن الـضوضاء

---

(1)Barnett Olaw& Et al., Op CIT. P 39.

والفوضى على الكبار تحملها جزء لا يتجزأ من حقيقة أن الطفل كائن حى وليس دمية [1].

4ـحق الأمان:

من حق الطفل أن يكون آمنا، بمعنى أن نحميه من الأخطار الحقيقية الموجودة فى البيئة، والتى لا يمكن فهمها، وهذا الحق ينطوى على ضرورة أن يجعل الوالدان منزلهما آمنا للطفل كأن يحفظ المواد الكيماوية والعقاقير وغيرها بعيداً عن متناول الطفل، مع تعليم الطفل الأخطار الحقيقية المحيطة به بما يتناسب مع عمره الزمنى وبالطريقة المناسبة، وليس بأن نلسع يديه بالنار لكى يعرف خطرها، إذ أن مثل هذه الطريقة تدخل فى نطاق الإساءة وسوء المعاملة وليس هذا فى المجال الأسرى فقط ولكن أيضاً فى المؤسسات والمجالات المهنية ومن مظاهر سوء المعاملة، عدم توفير الدواء الملائم للأطفال، وعدم وجود المستشفيات الصحية، وعدم وجود المؤسسات الملائمة الكافية لاستيعاب الأطفال إساءة وترك الأطفال دون تقديم الخدمات التى يحتاجونها وتركهم فى الشوارع يتسولون إساءة، وعدم وجود الأمن الاجتماعى والتكامل الاجتماعى إساءة لأطفالنا وتركهم دون مأوى وامتهان أدميتهم إساءة [2].

والطفل ينبغى أن يكون آمنا من أى شكل من أشكال العدوان البدنى، وكل من يعمل فى مجال تقديم الخدمات النفسية للأطفال يعي تماماً أن استمرار استخدام العقاب البدنى يمكن أن يتدهور سريعاً إلى إحداث إصابات بدنية بالطفل ويمكن أن يتدهور أكثر من ذلك بأن يصبح إحداث الإصابة بالطفل نتيجة للأذى البدنى أمر معتاد. والطفل ينبغى أيضا حمايته من الاعتداء الجنسى، والذى يمكن أن يحدث فى إطار الأسرة بالرغم من أن ذلك كان لا يثير اهتمام المتخصصين فى تقديم الخدمات النفسية للطفل، والأسر إلى عهد قريب، فالوالدين والمتخصصين ينبغى

---

(1) ممدوحة سلامة: الإساءة للأطفال وعواقبها، مرجع سبق ذكره، ص12.

(2)عبد السلام عبد الغفار، عادل الأشول، عبد المطلب القريطى: إساءة معاملة الطفل فى المجتمع المصرى، مرجع سبق ذكره، ص 9-10.

أن يكونوا يقظين تماماً لاحتمال حدوث مثل هذه الإساءات الجنسية (1).

4ـحق الأمن النفسي:

ينبغي للطفل أن يكون آمنا من الخوف أو من العنف، أو الاعتداء الجنسي، أو أي شكل من أشكال العدوان عليه من قبل عالمه الاجتماعي، فالطفل الذي يعيش في حالة خوف أو ترقب لما قد يقع عليه من عدوان لن يكون تلقائياً.

أو حراً في استكشاف عالمه، وبالتالي تعوق إمكاناته للتعلم وفرص نموه، فالطفل غير الآمن هو طفل قلق مضطرب ، تظهر عليه كثير من الأعراض والسلوكيات المضطربة، والتي قد يكون لبعضها قيمة تكيفية، كالتوجس والترقب، في بيت يتعرض فيه الطفل للعنف وأشكال الأذى، لكنها في النهاية تعوق نمو الطفل السليم، وهكذا قد يصبح الطفل في النهاية حبيس أشكال السلوك السلبي يقوم بها وبشكل متكرر لكي يجذب الانتباه والاهتمام.

ولكي يكون هناك أمناً نفسياً للطفل ينبغي ألا يقع فريسة لأشكال الإساءة النفسية والانفعالية من رفض وتهديد بسحب الحب وإغاظة وتهديد بالأبعاد أو التخلص منه، ومعايرته بعيوبه ومقارنته بالأقران ، فإذا تكرر تجاهل ألم الطفل ومعاناته، وإذا تكرر مضايقته وتهديده فإن ذلك سيؤدي بأمنه النفسي، ورغم أننا لن نلاحظ عليه إصابات جسمية ظاهرة إلا أن الإصابات النفسية ستحدث وبشكل شديد، ويبدو أن بعض الآباء والأمهات قد مروا في طفولتهم بخبرات من هذا النوع، لذا ينبغي تقديم العون لهم، حتى يمكن إيقاف دورة الحرمان المتعاقبة بين الأجيال، وذلك بمساعدتهم في زيادة فهمهم لنمو الطفل وتشجيعهم على الاستجابة على نحو طيب لحاجاته الانفعالية(2).

---

(1)Doyle, Terzah Hart: Co- Morbidity of Clincal Symptoms In Sexually Abuse Adolescent Femiles With Diagnosable P T S D (University of Houston Dissertation, Abstract, 1997) P. 119.

(2)Rossman, B, Robbie& Et al: Children and Interparental Violence: The Impact of Exposure (Phildelphia,Taylor& Francis Group, 2000) p.5.

5ـحق التقدير :

الطفل بحاجة إلى الإحساس بأنه مقدر وله قيمته وأهميته، وهو بحاجة لأن يشعر أنه محبوب مرغوب لذاته، وهو بحاجة للتشجيع والقبول لكي ينمو نمواً سليماً، والأطفال الذين لا تصلهم إلا رسائل منطوقة أو غير منطوقة مضمونها سلبي من قبل والديهم أو القائمين على رعايتهم سيعانون من انخفاض تقديرهم لذواتهم بل وان يتوقعوا إلا الرفض والفشل من قبل الآخرين بل وربما تكونت لديهم أنماط من المسالك التي لا تلقى إلا الرفض من قبل العالم الاجتماعي. (1)

6ـحق الطفل أن تتيح له أن يكون طفلاً:

الطفل مصدر سعادة وإمتاع للوالدين، ولكنه يتطلب الكثير من الجهد والعمل الشاق فعملية تربية الأبناء أشبه بعملية مستمرة لحل المشكلات، وكل مهمة تتلوها أخرى وكل أسبوع أو شهر أو عام يأتي بمهام جديدة، يثير قضايا ينبغي حلها، وتؤدي مواجهة الوالدين لهذه المهام بشكل طيب إلى زيادة شعورهم بالتحقيق والإنجاز، ولكن حين لا يتم مواجهة المطالب على نحو طيب يكون هناك شعور الآباء بخيبة الأمل والرفض وتصبح عملية التنشئة وتربية الأبناء عبئاً ثقيلاً، وكثير من الآباء ينقصهم النضج والمعرفة بنمو الطفل بشكل يجعلهم غير مهيئين لمهام الوالدين وغير معدين لها، ومن هنا قد يفسر بعضهم سلوك الطفل على أنه محاولة لإغاظتهم أو إثارتهم، أو أن هذا الطفل شيطان شقي لذلك يكون لدى البعض توقعات مبالغ فيها تجاه أطفالهم بحيث لا يمكنهم قبول سلوكهم في إطار ما لديهم من قدرات وإنما يقيمون هذا السلوك وفقاً لما لديهم من توقعات مبالغ فيها غير واقعية، وتكون الطامة الكبرى حين يظن الوالدين أو أحدهما أن مجيء الطفل قد تدخل في حياته وأحدث بها تغيرات لا يرضاها وهنا يصبح الطفل ملوماً على ما لم يفعله، كل ذلك لا شك يتدخل في حاجة الطفل لأن يكون طفلاً ولأن ينمو نمواً سليماً وأن يكون له كيانه المنفرد والمقبول في إطار إمكانياته وقدراته كطفل ينمو لا كراشد قد أكتمل نموه.

---

(1) ممدوحة سلامة : الإساءة للأطفال وعواقبها، مرجع سبق ذكره ، ص ص 13 : 14 .

عاشرا : الاتجاهات النظرية المفسرة لإساءة معاملة الاطفال:

وجدت عدة اتجاهات لتفسير ظاهرة إساءة الأطفال، من خلال محاولة كثير من الباحثين توظيف المفاهيم الموجودة في بعض النظريات العامة والكلاسيكية في مجالات علم النفس، وعلم الاجتماع، وعلم النفس الاجتماعي، فالاتجاهات التي قيلت في تفسير ظاهرة إساءة الأطفال إذن هي في الأساس اتجاهات عامة، تستخدم في تفسير كثير من أنماط السلوك الإجرامي ولانحرافي وقد حاول الباحثون توظيفها في تفسير ظاهرة إساءة الأطفال، ومعرفة الأسباب الكامنة خلفها والمؤدية إلي ظهورها [1]. ولقد أشار [2] إلي أن هناك أكثر من منحي يستخدم لتفسير أسباب إساءة معاملة الأطفال البدنية فالبعض يتبنى منحي واحداً والبعض الأخر يجمع بين منحيين أو أكثر وانحدرت هذه المناحي أو وجهات النظر في موضوع الإساءة إلي التركيز علي العوامل السببية .

وستعرض الدراسة الحالية هذه المناحي أو النظريات التي تفيد موضوع الدارسة ثلاث مناح تفسيرية لمشكلة إساءة Ross & Collmer فقد قدم روس وكولمر معاملة الطفل وهي:

1ـمنحى الطب النفسي psychiatric Approach :

منحي الطب النفسي من أكثر المناحي انتشاراً في تفسير إساءة معاملة الطفل واشتق هذا المنحي من تحليل الطب النفسي للوالد المسيء ، ويركز هذا المنحي علي شخصية الوالد المسيء ويري أنها سبب أساسي للإساءة ويفترض أن الوالد المسيء لدية مجموعة خصائص شخصية تميزه عن غيره من الإباء، وأنه غير سوي، ويصنف في إحدى الفئات التشخيصية الطبية النفسية، مثل الفصام، أو ذهان الهوس، والاكتئاب .وبالتالي فهو في حاجة إلي علاج نفسي مكثف لكي يتغلب علي مرضه، وفي هذه الحالة يري السلوك المسيء علي انه إظهار للذهان. وبرغم أن بعض

(1) أحمد محمد الشهري: مرجع سبق ذكره، 2006، ص72.

(2) احمد السيد محمد إسماعيل: 1995، مرجع سابق، ص 92.

الذهانيين مسئولين عن إساءة معاملة الطفل غير أن التقديرات تشير علي انه اقل من 10 % من الواشدين المسيئين للطفل يمكن تصنيفهم علي أنهم مُرضـــي وزبجلـــز Spinetta م وسبينتا Kempe عقليين وقد أيد ذلك كل من كيمب وميلر وجـــود Evans & Woolleyوقد افترض كل من فولي وايفانز Ziglr. حدوث مرتفـــع للسلوك العصابي والذهاني كعامل مسبب قوي في إساءة معاملة وبلوتر وغيرهم أن معظم الوالدين المسي ئين Green الطفل في حين قال جـــرين والعـــدوانيين هـــم شخصيات فصامية. وعليه يؤيد التراث السيكولوجي في هذا الموضوع وجهة النظر القائلة بان عدد قليل فقط من الوالدين المسيئين اظهروا أن النظر إلي Blumbrge أعراض ذهانية شديدة، في حين لاحظ بلومبرج حديثا الوالد المسيء علي أنه ذهاني كان اعتقاد خاطئ للمنحي الطب النفسي في إساءة. معاملة الطفل فالذهان عامل نادر في إساءة الطفل [1].

كما تضمن هذا المنحى الإشارة إلى أهمية تاريخ طفولة الوالد المسيء فهو قـــد أسيئت معاملته وهو طفل وتعرض لأنماط عقاب بدني. أما عوامل وكيفيـــة انتقـــال الإساءة من جيل لأخر فلم يقدم أصحاب هذا البعد أي اقتراح، وذكر روس وكولمر تفسيرا واضحاً عن كيفية انتقال إساءة معاملة الطفل من ذرية إلى أخـــرى وربمـــا يقصد هؤلاء أن للابن البالغ الذي أسيئت معاملته وهو طفل كان لديه راشدين مسيئين كنماذج يحاكيها، والأطفال يمتصون معاييرهم ودروسهم التربوية بعمق، وفي سن مبكرة كثير من الأطفال الذين أسيئت معاملتهم يطبقون تلك الدروس على أطفـــالهم تلقائياً وبنفس الأسلوب عندما يكبرون ويصبحون أباء.

ولم يقدم أصحاب هذا المنحي تفسير واضح لسبب أو لكيفية انتقال سوء معاملـــة الطفل من ذرية إلي أخري لكن بعضهم قال أن البالغ الذي أسيئت معاملته وهـــو طفل لديه بالغين مسيئين كنماذج يحاكيها والأطفال يمتصون معاييرهم ودروسهم التربوية بعمق وفي سن مبكرة الكثير من الأطفال الذين أسيئت معـــاملتهم عنـــدما

(1) احمد السيد محمد إسماعيل : مرجع سابق،1995، ص 9.

يصبحون إباء يطيقون تلك الدروس علي أطفالهم تلقائياً وبنفس الأسلوب[1].

يتضح مما سبق أن محني الطب النفسي يفسر الإساءة الوالدية من خلال العدوان الكامن في اللاشعوري لدى الآباء والأمهات، فالوالدين أو أحدهما قد تعرضا لأذى في طفولتهما مما يدفعه إلى إساءة أطفاله حيث يفسر سلوك الإساءة الوالدية للطفل بسبب وجود خلل عصبي أو أمراض نفسية أو تخلف عقلي لدي أي من الأطراف الثلاثة)الأب – الأم– الطفل (وإرجاع سوء المعاملة إلي الحالة المرضية للمسيء متدرجاً من المرض الخطير إلي سمات الشخصية المنحرفة والتي تسهاهم في العجز عن توفير الرعاية والحماية المناسبة لأطفالهم بالإضافة إلي أهمية تاريخ طفولة الوالد المسيء واعتباره عامل مسبب للإساءة لذا لا بد من النظر لتلك السمات الشخصية الوالدية وتاريخ طفولتهم عند تفسير عملية الإساءة والاهتمام أيضا بالعوامل الأخرى في إطار أسرة الطفل وإطار الأنظمة المختلفة.

2ـالمنحي الاجتماعي Social Approach:

يركز هذا المنحي علي البيئة الاجتماعية ويفترض أن الإساءة ناجمة عن الانعصابات والاحباطات التي يقابلها الوالدان في محاولتهم اليومية للتعامل مع البيئة الاجتماعية فهذا المنحى يركز علي القيمة الاجتماعية والثقافية والأسرة كعناصر أساسية مساهمة في إساءة معاملة الطفل ،فالتعرف علي النسق الثقافي والفلسفة الاجتماعية للمجتمع والقيم ودراسة الاتجاهات الثقافية نحو العنف واستخدام القوة البدنية في العلاقات بين الأفراد كل ذلك يقدم صورة مفيدة لفهم[2]. ويعتبر هذا المنحي السياق الاجتماعي الذي يحدث فيه سوء المعاملة والعوامل الاجتماعية البيئية مثل الوضع الاجتماعي الاقتصادي والبطالة والصعوبات المادية وظروف السكن والمعيشة وحجم الأسرة، وتركيبة الأسر ة، والإباء المراهقين والعزلة الاجتماعية تعد عوامل مفاجأة أساسية للضغط الذي يؤدي إلي إساءة المعاملة، تركز أيضاً علي

---

(1) احمد السيد محمد إسماعيل: مرجع سابق، 1995 98.

(2) توفيق عبد المنعم توفيق: مرجع سابق، 3 200، ص 13.

الضغوط البيئية المتراكمة(من داخل الأسرة أوخارجها) وعلاقتها بانعزال الأسرة وعلي المساعدات الاجتماعية وموارد المجتمع وكيفية علاقة تلك العوامل بإساءة الطفل [1].

3-المنحي الاجتماعي الموقفي للإساءة Social Approach Situational :

يبحث هذا المنحي في تفسير إساءة معاملة الطفل عن أسباب في المتغيرات البيئية خاصة والمتغيرات الاجتماعية الموقفية التي يري أنها قد تسهم بطريق مختلفة في الإساءة من هذه المتغيرات: الموقف الاجتماعي والذي يمثله موقف تنشئة ورعاية الطفل ، وأنماط التفاعل بين الطفل والراشد القائم برعايته أو بين الزوج والزوجة والتحليل الاجتماعي الموقفي الذي قد يزيد الاهتمام بالعوامل التي تبقى علي الأنماط المسيئة كما اهتم هذا المنحى بدور الطفل في عملية إساءة معاملته فالأطفال مشاركون فعالون في هذه العملية [2].

وينظر هذا المنحي إلي الطفل أنه ليس ضحية ولكنه عنصر مساهم ومسبب للإساءة ومن أهم ما أشار إليه هذا المنحي فكرة انتقائية الإساءة The Selectivity of Abuse التي تري أن ليس كل الأطفال يساء معاملتهم ، ولكن عادة هناك طفل معين داخل الأسرة يختار وينتقى للمعاملة السيئة دون عمد فالطفل ذاته يسهم في إساءة معاملته وذلك للأسباب التالية:

أ-أن تكون لديه بعض الخصائص البدنية والسلوكية المحددة وراثيا تجعله أكثر عرضه لإساءة معاملته كالتخلف العقلي والحالة المزاجية.

ب- بعض سلوكيات الطفل التي يظهرها أثناء تفاعله مع والديه أو رفاقه وإخوانه يجعله هدفا محتملا للإساءة ونتيجة لهذه الإساءة في المعاملة تظهر

---

(1)بدر العيسي: سوء معاملة الطفل الكويتي طرق الوقاية والعلاج، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد (66)، جامعة الكويت تصدر عن مجلس النشر العلمي، 1999،ص 158.

(2) توفيق عبد المنعم توفيق: مرجع سابق ،2003، ص 13-14 .

سلوكيات أخرى قد تسبب تباعا مزيدا من الإساءة من القائمين برعايته ومن هذه السلوكيات :النشاط المفرط، والكسل، والجدل والنقاش.

ولقد قدمت العديد من النماذج التي تحدد أبعاد الوالدية والعلاقات بين الآباء والأبناء منها نموذج ديكس (Dix, 1991) ذا الأبعاد الثلاثة للوالدية، وقد ركز النموذج علي:

1-الطفل والوالدين والعوامل التي تنشط عواطفهما.

2- التأثيرات الدافعية التي تحدثها علي الوالدين بمجرد إثارة عواطفهما.

3-العمليات التي يقوم بها الوالدين لفهم العواطف والسيطرة عليها.

ويحاول هذا المنحي التأكيد علي أن العواطف ضرورة حيوية للوالدية الفعالة وعندما يتم استثمار هذه العواطف من خلال الاهتمام بالطفل نكون بصدد والدية فعالة ومستجيبة، وفي الوقت نفسه فان العواطف تضعف الوالدية إذا كانت اقل من اللازم أو أقوى من اللازم أو لا تتماشي مع مهام ومتطلبات رعاية الطفل [1].

يتضح مما سبق أن هذا المنحي لا يركز علي الصفات والسمات للشخص المسبب لإساءة الطفل فقط ، ولكن يركز أيضا علي أنماط التفاعل فيما بينهم (الوالدان والطفل) وهذا المنحي يهتم بالدور الذي يلعبه سلوك الطفل الشخصي في تحديد طريقة العلاقة بينه وبين والديه.

٤ -المنحي البيئي أو التكاملي Approach Integrative:

لقد تطورت مؤخرا النظريات القائلة بأن الطفل يمكن أن يسهم في إيقاع الإساءة علي نفسه لتعتبر أن الإساءة عبارة عن سلسلة من التفاعلات التي تحدث بين الأبوين والطفل والتي تتطور إلي إساءة المعاملة ويقترح Kinard انه بصرف النظر عما إذا كان الطفل يظهر تلك الصفات ، إذا وجد الوالدان أن الطفل مختلف السلوك أو

(1) Teodore ,D The Effective Organization of Parenting :Adaptive and maladaptive processes , psychologicalBulletin, 1991. P/ 3-25.

صعب السلوك فذلك الإدراك قد يزيد من مخاطر سوء المعاملة . تلك الطريقة الواضحة تعتبر إساءة معاملة الطفل ظاهرة متعددة الأبعاد تنتج عن عناصر متعددة مثل : صفات الوالدين والسمات الشخصية للطفل، وعمليات التفاعل الأسرية ، والضغوط الاجتماعية والبيئية على الأسرة، والمجتمع الكبير والأنماط الاجتماعية ومن الأشكال الأخرى المختلفة لهذه الطريقة طريقة أكثر تكاملا قام بتطويرها Belsky وهي تعتمد على تهيئة إطار العمل البيئي الخاص . وفي الحقيقة أن Belsky ومن معه من الباحثين قد قاموا بتكريس نظام أدبي فعال لدعم هذا التكامل البيئي هذا التكامل يعطي أهمية للعوامل التي بلورتها النظريات السابقة وهذا العوامل هي :الأصول المتعلقة بتطور الآباء والمصادر النفسية الشخصية، وصفات الطفل وقوي الضغط [1].

أصحاب هذا البعد التفسيري يفسرون أسباب إساءة معاملة الطفل إلى مجموعة عوامل متعددة ومتفاعلة، فلا يعتمدون في تفسيرهم لإساءة معاملة الطفل على عامل واحد مهما كانت درجة قوته .فإساءة معاملة الطفل من منطلق هذا البعد ممكن أن تحدث كنتيجة ضغوط أسرية واجتماعية ونتيجة إصابة المسيء باضطراب نفسي أو أن لديه سمات شخصية معينة .ولا تحدث الإساءة بسبب عامل واحد فقط كالعامل الاجتماعي أو الاقتصادي أو المرضي ولكن يمكن أن تحدث بسبب تداخل وتفاعل تلك العوامل مجتمعة وبشكل تبادلي، وذلك في موقف واحد من مواقف التفاعل الذي ينشأ بين الوالدين والطفل أو القائمين على رعايته .فأنه عندما يبدأ الوالدان اللذان يمارسان الإساءة، واللذان قد دخلا في تكوين الأسرة، ومرا في حياتهما التطورية بخبرات أليمة في مرحلة التنشئة قد تجعلهما مهيئين لمعاملة الطفل بأسلوب تعسفي أو بشكل مهمل .بالإضافة إلى عوامل زيادة الضغط سواء الداخلية ضمن نطاق الأسرة أو الخارجية ضمن نطاق المجتمع الكبير قد تزيد من احتمال حدوث الخلاف بين الأبوين والطفل .

---

(1) بدر العيسي: مرجع سبق ذكره ، 1999، ص 66.

والخلاصة:

عند تفسير إساءة الأطفال من خلال المناحي السابقة يتضح أنها ألقت الضوء علي عوامل مهمة ،تؤدي إلي وجود إساءة الأطفال، إلا أن هذه المناحي منفردة جـــاءت قاصرة عن استيعاب كافة جوانب الظاهرة، تلك التي تتسم بالتعقيد، وتتضمن جوانب متعددة نفسية واجتماعية وثقافية ودينية وأخلاقية وبيولوجية لذلك تري الباحثة أن لا يمكن الاعتماد علي أي من المناحي السابقة منفردة في تفسير إساءة الأطفال، إذ يلزم الانطلاق في دراسة ظاهرة إساءة المعاملة الطفل من منطلقات تأخذ في الحـــسبان تنوع عناصرها والعوامل المؤدية إليها مع التأصيل العلمي والمـــدروس لجوانبهـــا المختلفة بالعودة إلي تعاليم الشريعة الإسلامية السمحة التي اهتمت بالطفل قبـــل أن يكون جنيناً في بطن أمه كما اهتم به في المرحلة الجنينية، إضافة إلي اهتمامه به في سائر المراحل التي يمر بها.

الفصل الرابع

الخدمة الاجتماعية وأساليب مواجهة الإساءة الوالدية لأطفال الأوتيزم

أولاً:-أسس الممارسة المهنية للأخصائى الاجتماعى فى مجال رعاية الفئات الخاصة

ثانيا: -الأدوار المهنية للأخصائى الاجتماعى فى مؤسسات رعاية الفئات الخاصة.

ثالثاً: -استراتيجيات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية اللازمة لمواجهة الإساءة الوالدية لأطفال الأوتيزم.

رابعا:-أساليب خدمة الجماعة التى يمكن استخدامها فى مواجهة الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم.

اولاً : اســس الممارســة المهنيــة للأخــصائى الاجتمــاعى فــى مجــال رعايــة الفئات الخاصة :

1ـ الأساس المعرفى للأخصائى الاجتماعى فى مجال رعاية الفئات الخاصة:

مفهوم المعرفة : إن مصطلح المعرفة – مــصطلح ذو معنـــى واســـع ومتنـــوع ويعرفها "جوردون " على أنها " الصورة التى يكونها الإنسان عن العـــالم الـــذى يعيش فيه وعن موقعه فى هذا العالم " كما يقدم ماكس سيبورين تعريفاً ثانياً يـــدعم المفهوم السابق " " لجوردون " حيث يرى أن المعرفة هى محتوى عقلى إدراكـــى (عبارة عن الأفكار والمعتقدات) يتعلق بالواقع الذى ندركـــه علـــى أنـــه حقيقـــى وسنتقبله بدرجة من التأكيد بناء على دليل كافى[1].

ولكى يتمكن الأخصائى الاجتماعى من ممارسة عمله فى موقف معين فإنـــه بحاجة لأن يكون لديه معرفة عن :

أ)النمو الإنسانى :

وذلك لأن مراحل النمو الإنسانى التى يعيشها الإنسان لها تطبيقاتها التى تـــؤثر على الإنسان خلال نموه، فالمرحلة التى يعيشها الإنسان تشكل عاملاً هامـــاً فـــى إحساسه وتفاعله مع المشكلات التى يواجهها، وكذلك طريقة استجابته للمـــؤثرات الخارجية فعلى سبيل المثال، استجابة الطفل تختلف عن استجابة شـــاب مراهـــق وأيضاً سوف تختلف عن استجابة الشخص البالغ لذا من المهـــم أن يكـــون لـــدى الأخصائى معرفة عن مراحل النمو الإنسانى [2].

ب) معرفة العمليات والمؤسسات الاجتماعية :

إن السياق الاجتماعى المحيط بالإنسان يعتبر جزءاً هاماً جداً مـــن الموقـــف الذى يتعامل معه الأخصائى ويؤثر فى الاستجابة المتوقعة منه تجاه هذا الموقف

---

(1)Louis C.johnson Stephen J.yanca : Social Work Practice, A Generalist Approach (London : Allyn and Bacon, 2001) .P. 40.
(2)Neile Thom-Pson (Consul Tant Edition), Jo Compling : Understanding Social Work Preparing For Practice ,Landon macmilan Press, 2000, P52.

وهذا ينطبق من خلال عدة طرق كما يلى :

-الكثير من المشكلات التى يعانى منها الأفراد هى مشكلات اجتماعية فى الأصل فهى تعتبر ناتجة عن الظروف الاجتماعية مثل الفقر ، الحرمان، التمييز العنصرى.

-المشكلات الاجتماعية ذات تركيب اجتماعى وعلى هذا يتم تحديدها من خلال المجتمع، فهناك قضايا معينة تعد مشكلات قانونية فى بعض المجتمعات ولا تعد كذلك فى مجتمعات أخرى.

-الحلول الممكنة للمشكلات غالباً ما تكون على مستوى المجتمع أكثر منها على مستوى الأفراد.

-الاستجابة للمشكلات التى تتعامل معها الخدمة الاجتماعية غالباً ما تتضمن الاعتماد على الموارد الاجتماعية الأوسع مثل (الخدمات التى تقدمها المؤسسات الحكومية، والمؤسسات المحلية).

-أن العوامل الشخصية أو النفسية لاتوجد من فراغ فهى تتأثر وترتبط بشكل كبير بالقضايا الاجتماعية.

-إن السياسات الاجتماعية التى تحكم التدخلات المهنية للخدمة الاجتماعية لها أصولها الموجودة فى الظروف الاجتماعية، الاقتصادية، السياسية الخاصة بالعصر الحالى.

وبناء على ما سبق فإنه من المهم بالنسبة للأخصائيين الاجتماعيين أن يكون لديهم فهم واضح للسياق الاجتماعى الذى يعملون من خلاله وذلك لأن تجاهل البعد الاجتماعى يعنى تجاهل لسمة رئيسية وهامة جدا من العالم الاجتماعى وظروفه المحيطة بالعميل.

وهذا لا يعنى أن الأخصائيين الاجتماعيين بحاجة لأن يكونوا خبراء فى علم الاجتماع ولكنهم بالفعل يحتاجون – على الأقل – إلى فهم أساسى عن كيفية عمل

المجتمع فيما يتعلق بالعمليات الاجتماعية والمؤسسات الموجـودة وإدراك بعـض العوامل المؤثرة في المجتمع وفى سلوك الأفراد فى حيـاتهم اليوميـة، وتوزيـع الموارد وفرص الحياة (1).

جـ) معرفة خاصة بالتدخل وتقديم الخدمات :

حيث يجب على الأخصائيين الاجتماعيين قبل التدخل أن يكون لديهم معرفـة ومهارة عن كيفية التقدير لموقف العميل، ومتى نتدخل مهنياً، وكيف نتدخل، ومـا هى الخدمات التي يمكن تقديمها وهذا يستدعى من الأخصائى الاجتماعى أن يكون لديه معرفة بما يلى :

-خطوات عملية حل المشكلة والأنشطة المرتبطة بها وذلك للاتجاه نحو مـنح العملاء القوة.

-تقديم وإدارة الخدمات الملائمة لحل المشكلة.

-المساعدة أثناء عملية التغيير.

-المساهمة في إدارة التغلب على المخاطر المرتبطة بعملية التغيير (2).

وهناك وجهة نظر أخرى لتـصنيف المعـارف التـى يحتاجهـا الأخـصائى الاجتماعى، فلقد حدد مجلس تعليم الخدمة الاجتماعيـة فـى الولايـات المتحـدة الأمريكية تصنيفاً للمعرفة التى يحتاجها الأخصائى الاجتماعى فى أربعة مجالات عريضة ونشر فى "عام 1983" وتلك المجالات هى :

أ-معرفة تتصل بالسلوك الإنسانى والبيئة الاجتماعية.

ب-معرفة تتصل بسياسات الرعاية الاجتماعية والخدمات.

ج-معرفة بممارسة الخدمة الاجتماعية.

د-معرفة تتصل بالبحث الاجتماعى بـصفة عامـة وبالبحـث فـى الخدمـة

---

(1) Ibid, P.66.
(2) Ibid , P.P.67-70.

الاجتماعية بصفة خاصة[1].

2ـ الأساس القيمى للأخصائى الاجتماعى فى مجال رعاية الفئات الخاصة :

مفهوم القيم : يعرف " Herbert Aptekar " القيم على أنها معيار أو معـــايير يعتنقها جزء كبير من المجتمع وتنعكس هذه المعايير فى أنماط الـــسلوك الحـــالى والتى تجعل من المتوقع من المشاركين – فيما يتعلق بعلاقتهم بعضهم الـــبعض – أن يتصرفوا فى إطار نسق مرجعى مفهوم بشكل متعارف عليه ومتسق منطقياً[2].

ويعرفها " Robert Barker" فى قاموس الخدمة الاجتماعية علـــى أن القـــيم " عادات ومستويات للسلوك، ومبادئ تعتبر مرغوبة من ثقافة ما أو جماعـــة مـــن الناس أو من الأفراد" والأخصائيين كجماعة واحدة قد حددوا لأنفسهم قـــيم عامـــة محددة فى التصنيف الذى وضعته الجمعية القوميـــة للأخـــصائيين الاجتمـــاعيين للمستويات الأخلاقية لممارسة الخدمة الاجتماعية [3].

وتتضمن القيم : المعايير ومستويات تصرفات الإنسان والمبادئ التى ترشد الـــسلوك، وبناء على ذلك فإن القيم تحدد أى الأهداف والوسائل مرغوب فيها وحـــسنة، وتتـــشكل القيم بواسطة المعتقدات والاتجاهات والمعايير، كما أن القيم موجهات للـــسلوك، والقـــيم تجعلنا نشعر عاطفياً بشكل إيجابى أو سلبى تجاه المواقف[4].

ونظراً لأهمية القيم والأخلاقيات المهنية فى توجيه وترشيد الممارسة فلقد أقرت الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين بالولايات المتحدة الأمريكيـــة الميثـــاق الأخلاقى (قائمة مجموعة المبادئ الأخلاقية لمهنة الخدمة الاجتماعية) وتم تنفيـــذ

---

(1) أحمد محمد السنهورى : الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادى والعـــشرون ، دار النهضة العربية ، الجزء الأول ، ط3 ، القاهرة ، 2000، ص 274.

(2) Louis C.johnson & Stephen J.Yanca : Op.cit, P. 45.

(3) Rosenthal, Perihan A. & Rosenthal, stuart: Suicidal Behavior By preschool children, (American Journal of psychiatry vol (141), 1984. P. 399.

(4) أحمد محمد السنهورى : الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادى والعـــشرون ، مرجع سبق ذكره، ص 218.

هذا الميثاق فى يناير 1997.

ومما لا شك فيه أن الميثاق الأخلاقى الذى أقرته الجمعية الوطنية للأخصائيين الاجتماعيين يصلح بل ويلزم للأخصائى الاجتماعى فى كافة المجالات ومنها مجال الأوتيزم.

ولقد تضمن هذا الميثاق ستة أجزاء من المستويات الأخلاقية :

الجزء الأول : المسئوليات الأخلاقية للأخصائيين الاجتماعيين تجاه العملاء.

الجزء الثانى : المسئوليات الأخلاقية للأخصائيين الاجتماعيين تجاه الزملاء.

الجزء الثالث : المسئوليات الأخلاقية للأخصائيين الاجتماعيين فى مؤسسات الممارسة.

الجزء الرابع : المسئوليات الأخلاقية للأخصائيين الاجتماعيين كمهنيين.

الجزء الخامس : المسئوليات الأخلاقية للأخصائيين الاجتماعيين تجاه مهنة الخدمة الاجتماعية.

الجزء السادس : المسئوليات الأخلاقية للأخصائيين الاجتماعيين تجاه المجتمع الأوسع.

ويمكن للأخصائى الاجتماعى الذى يعمل فى مؤسسات رعاية الفئات الخاصة أن يطبق المعايير الأخلاقية السابقة مع أنساق العملاء المختلفة أثناء التعامل مع الأطفال المصابون بالأوتيزم وأسرهم.

3ـ الأساس المهارى للأخصائى الاجتماعى فى مجال رعاية الفئات الخاصة :

تتطلب الممارسة المهنية أن يكون الأخصائى الاجتماعى مزوداً بمهارات تمكنه من العمل مع العملاء بمختلف اشكالهم وتتضمن المهارات نشاط وقدرة على العمل وهى تختلف من مجرد فهم المبادئ والمعلومات. فالمهارة هى القدرة على العمل وكلما زادت مهارات الأخصائى كلما كان أقدر على القيام بمسئوليته المهنية[1].

---

(1) محمد شمس الدين : العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية، مؤسسات يوم المستشفيات، القاهرة، 1971.

ولكى يكون الأخصائى الاجتماعى مؤثراً، يجب أن يكون لديه المقدرة على استخدام مجموعة وافرة من الأساليب، وتتطلب مهارة الأخصائى الاجتماعى كلاً من الانتقاء المناسب للأساليب الخاصة بموقف محدد، والقدرة على استخدام تلك الأساليب بشكل فعال، ويجب أن ينشأ اختيار الأساليب المحددة من المعرفة والمعلومات عن العميل والظواهر الأخرى من التآلف مع الأساليب المناسبة للمساعدة (1).

مفهوم المهارة : المهارة هى القدرة على تنفيذ نشاط معين بفاعلية وبشكل دائم عبر فترة من الوقت، وتتميز هذه المهارات بأنه يمكن تعلمها، وهذه نقطة هامة حيث تسمح لنا بإدراك أن عدد الأشياء التى نعتبرها بصفة عامة صفات أو خصائص مناسبة إلى حد ما مع مسئوليتنا هى فى الحقيقية مهارات ويمكن تعلمها عبر الوقت (2).

وتعرف المهارة أيضاً على أنها ذلك المكون الثالث من الممارسة الذى يربط المعرفة والقيم معاً ويحولهما إلى فعل أو عمل كاستجابة لاهتمام أو حاجة معينة (3).

ومن أمثلة هذه المهارات : القدرة على الحديث بفاعلية فى الاجتماعات، الكتابة بوضوح، التواصل فى إجراء المقابلات، ومن المهارات الاجتماعية المتخصصة التى يحتاجها الأخصائيون الاجتماعيون مهارة التعاطف، الإرشاد، ومهارات الإنصات(4).

المهارات التى يجب توافرها فى الأخصائيين الاجتماعيين :

لقد تعددت الآراء ووجهات النظر حول تصنيف المهارات الأساسية للأخصائيين الاجتماعيين ومن هذه الآراء (5):

---

(1) Armando Morales & Bradford W.dheafor: Social Work Aprofession Of Meny Faces (London :Ally and Bacon, Inc, 1994) P.113 .
(2) Neil ThomPson (Consul Tant Editor), Jo Compling : Op. Cit, P. 81.
(3) Louise C.Johnson stephen J.yanca : Op. Cit, P. 52.
(4) Alan Dearling : The Social Welfare Book, (London : Longman Group, 1993), P170.
(5) Neil ThomPson: Op. cit. P46.

أ) مهارات التواصل : وتشمل :

1-مهارات الاتصال اللفظى.

2-مهارات الاتصال تليفونياً.

3-التواصل غير اللفظى وعادة يصاحبها عدة إشارات مثل حركة الجسم، الإشارات، الإيماءات، حركة الرأس أو اليد، وتعبيرات الوجه.

4-مهارات كتابية : (التوصل بالكتابة).

ب) مهارات الوعى الذاتى :

وتتضمن الوعى الذاتى فى استخدام الذات وتقدير العوامل الخارجية التى تؤثر فى الأخصائى الاجتماعى وفى العملاء.

ج) المهارات التحليلية : وتتضمن العناصر الآتية :

1-تحديد القضايا الرئيسية المتضمن عليها الموقف الذى يتعامل معه الأخصائى الاجتماعى.

2-إدراك التفاعلات بين العوامل المؤدية للمشكلة أو الموقف.

3-فهم العمليات التى تغذى الموقف والتى نتج عنه (أى المدخلات والمخرجات).

وتشمل المهارات التحليلية المهارات الآتية :

1-المهارة فى صياغة خطة المساعدة أو العلاج.

2-المهارة فى تقدير المعلومات.

3-المهارة فى المراجعة (أى مراجعة ما تم تنفيذه، وكيف تم، ولماذا، وما الذى ينبغى أن يتم بعد ذلك.

4-المهارة فى حل المشكلة : حيث أن عملية حل المشكلة عملية خلاقة إبداعية أكثر من كونها عملية ميكانيكية أو آلية. وتتضمن تحليل الموقف الحالى وإيجاد عدداً من الحلول الممكنة أو الطرق التى تتبع لحل المشكلة.

5-المهارة فى وضع الأولويات(1).

د) مهارة العمل الفريقى :

يقصد بالعمل الفريقى : العمل الذى يؤديه عدد من التخصصات لتحقيق هدف واحد ويجمع بينهم ليس فقط التعاون فى الأداء بل يشمل إحساس أفراد الفريق بالاحتياج لبعضهم البعض وتقدير الخبرات العملية والعلمية للتخصصات المختلفة المشاركة فى تنفيذ العمل، ويتحدد دور عضو الفريق من منظور العمل الذى يقوم به وكذلك من منظور رؤية باقى أعضاء الفريق(2).

ويرى "Louise Cjohnson & Shephen J.Yance" أنه من المهارات الأساسية للأخصائى الاجتماعى المهارة فى التنسيق والمشورة والعمل الفريقى باعتبارها أمراً هاماً فى مساعدة العملاء لاستخدام الموارد المجتمعية (3).

ويتكون فريق العمل فى مجال المعاقين :

من الأطباء، الأخصائيين النفسيين، هيئة تمريض، أخصائيين اجتماعيين، أخصائى تغذية وغيرهم من التخصصات الأخرى، ويظهر الدور الفعال لفريق العمل الكفء من خلال ثلاث مستويات من التفاعل، وهى الفريق كجماعة وكفريق، وكمنظمة وينبغى على الأعضاء فى الفريق أن يدركوا ذلك جيداً.

وأى فريق عمل يعمل فى مجال رعاية الفئات الخاصة يمكن أن يعمل من خلال الثلاث مستويات فى أى وقت، حيث أنه يوجد قضايا جماعية يجب حلها، وقرارات يجب اتخاذها عن الأدوار والمهام لكلاً منهم، وأيضاً فيما يتعلق بالاتصال بإدارة المنظمة أو القدرة على العمل بفاعلية فيما بين التخصصات، والأنساق المتعددة تعتبر من المهارات الهامة الواجب توافرها فى الأخصائى

---

(1) أحمد محمد السنهورى : الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الواحد والعشرون، مرجع سبق ذكره ، ص ص 285 - 286.

(2) أحمد حنفى محمود: العمل الفريقى للخدمات الصحية بالمستشفيات،دور متوقع للأخصائى الاجتماعى الطبى،المؤتمر العلمى الرابع، كلية الخدمة الاجتماعية،الفيوم، جامعة القاهرة، 1991، ص 461.

(3) Louise, C.Johnson & Stephen J.Yance :Op. Cit, P. 150.

العامل مع المعاقين [1].

ثانيـا: الأدوار المهنيـة للأخـصائى الاجتمـاعى فـى مؤسـسات رعايـة الفئات الخاصة:

يعد مفهوم الدور واحد من مجموعة المفاهيم المرتبطة التى تستخدم فى دراسة سلوك الأفراد[2]. حيث يرى " لنتون " أن الدور يمثل الجانب الـديناميى للمكانـة، فالفرد يكلف اجتماعياً بمكانة، يشغلها فى علاقته بغيره مـن المكانـات الأخـرى وعندما يضع عناصر المكانة فى الحقوق والواجبات موضع التنفيذ فإنـه حينئـذ يمارس دوراً [3].

ويعرف الدور فى قاموس العلوم الاجتماعية لـ Hugo Reading على أنه :

أ-الدور هو الجانب الدينامى للمكانة.

ب-مجموعة الحقوق والواجبات التى تتطلب من شـخص يمـارس مهنـة معينة.

ج-مجموعة القيم والسلوكيات التى تصف مكانة معينة [4].

كما يعرف الدور بأنه نمط للسلوك المتوقع من الفرد فى موقف معين يتحدد بما يجب أن يؤديه من نشاط فى ضوء الثقافة السائدة[5].

ويعرف قاموس علم الاجتماع الدور بأنه نموذج تتركز حوله بعـض الحقـوق والواجبات ويرتبط بوضع محدد للمكانة داخل جماعة، وموقف اجتمـاعى معـين ويحدد دور الشخص فى الموقف عن طريق مجموعة توقعات يعتنقها الآخـرون

---

(1) Ary Ann Suppes & Carolyn Cressy Wells Opcit. 1991, P.74.

(2) محمد الجوهرى، عبدالله الخريجى : طرق البحث الاجتماعى، دار الكتاب للتوزيـع، ط3، 1982، ص ص 185، 186

(3) Ralph Linton : Status and Role By Coser and Rosenber (eds) In Sociology Theory, (London ; Macmillan Press, 1970.

(4) Hugo Reading : Dictionary Of Social Sciences, (London , Routledgs, Kegan Paul, 1978, P.180.

(5) حامد عبدالسلام زهران : علم النفس الاجتماعى ، مرجع سبق ذكره ، ص130.

كما يعتنقها الشخص نفسه(1). وهناك من يفرق بين الدور بصفة عامة والدور المهنى للأخصائى الاجتماعى على اعتبار أن الدور المهنى هو الممارسة التى يقوم بها الأخصائى الاجتماعى بحكم إعداده المهنى سواء مع الأفراد أو الجماعات أو المجتمعات لتحقيق أهداف الخدمة الاجتماعية(2).

كما يتضح مفهوم الدور من خلال ما يلى :

أ-يتكون الدور من نسق التوقعات التى توجد فى البيئة الاجتماعية وهذه التوقعات تتعلق بسلوك الشخص تجاه آخرين يشغلون مراكز أخرى وهذا ما يسمى (بالدور المتوقع).

ب-يتكون الدور من توقعات معينة يدركها الشخص على أنها ملائمة للسلوك الذى ينتهجه عندما يتفاعل مع مراكز أخرى وهذا يسمى (بالدور الذاتى).

ج-يتكون الدور من أنماط سلوكية واضحة يسلكها شاغل المركز عندما يتفاعل مع شاغلى مراكز أخرى وهذا يسمى (بالدور الممارس) (3).

ويرتبط مفهوم الدور بعدة مفاهيم أخرى هى :

1-توقعات الدور Role Expectations : وهى مجموعة التوقعات لسلوك شخص، أو مركز يتولاه شخص معين ويشتمل على كل من الحقوق والواجبات.

2-تكامل الأدوار Role Integration : ويتحقق ذلك عندما يكون سلوك الدور

---

(1) محمد عاطف غيث : قاموس علم الاجتماع ، الهيئة العامة للكتاب، 1979، ص 319.

(2) نبيل محمد صادق : استخدام طريقة تنظيم المجتمع فى تنشيط دور المجالس المحلية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة حلوان، القاهرة ، 1980، ص 152.

(3) عبدالرحمن صوفى عثمان : المعوقات التى تواجه ممارسة الأخصائى الاجتماعى لدوره فى الممارسة والتخطيط لمواجهتها، المؤتمر العلمى التاسع، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان، القاهرة، 1996، ص ص 742 - 753.

وتوقعات الدور للأشخاص فى نسق معاً بحيث يكون السلوك الذى يؤديه كل شخص متناسباً مع الآخر وغياب التكامل فى الأدوار قد ينتج لعدة عوامل منها، عدم توفر المعلومات والمعارف اللازمة عن نسق الدور، اختلاف أهداف الدور بين المشاركين فيه، غياب المقومات المناسبة لتسهيل أداء الدور[1].

3ـ**أداء الدور** **Role Performance** : هو السلوك الذى يؤديه شاغل المكانة المعينة، وبناء على ما تعلمه فى وقت سابق ويهدف إلى تحقيق غاية معينة.

4ـ**غموض الدور** **Role Ambiguity** : يشير مفهوم غموض الدور إلى الأدوار التى تفتقر إلى الاعتراف الرسمى الواضح بها من جانب النظام الرسمى فى المجتمع بمعنى عدم الاعتراف بموقع ومكانة هذه الأدوار على خريطة العلاقات الاجتماعية أو عدم تحديد كونها مقبولة أو مرفوضة من جانب المجتمع، وبالتالى عدم معرفة التوقعات المحددة من شاغليها أو كيفية تصرفاته وسلوكه[2].

وتتعدد الأدوار التى يمكن أن يمارسها الأخصائى الاجتماعى لمساعدة والدى الطفل التوحدى فى التغلب على مشكلاتهم والحد من الإساءة الوالدية :

1ـ**دور الممكن** : ويقصد به محاولة مساعدة والدى الطفل المصاب بالتوحد وتحديد مشكلته بدقة ومنحهما القوة لاقتراح إستراتيجية لحل المشكلة وهذا الدور من أدوار الأخصائى الاجتماعى يشكل التطبيق العلمى لفكرة مساعدة العميل لمساعدة نفسه. بمعنى أن يكون سلوك الأخصائى مسهلاً لسلوك العميل فى الاتجاه المرغوب، ومن خلال دور الممكن أيضاً يستطيع الأخصائى أن يقدم التشجيع والأمل لوالدى الطفل المصاب بالتوحد ويساعدهم على تحديد

---

(1)Francis J.turner : Social Work Treatment, (London, Macmillan Press, 1986) P.542

(2) عادل محمد جوهر: العلاقة بين ممارسة نظرية الدور فى خدمة الفرد وأثر ذلك على الأداء الاجتماعى لمتعاطى الحشيش، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان ، القاهرة، 1987، ص34.

الأهداف والاحتياجات الخاصة بهم والتركيز عليها مثل الاستفادة من الخدمات المجتمعية – الجمعيات الخيرية – الكشف الطبى الدورى.

2ـ**دور المعلم أو المثقف**: يتضمن هذا الدور تزويد الوالدين بالمعلومات والمعارف والأفكار والتفسيرات والاتجاهات والخبرات والمهارات التى تفيدهما عند التعامل مع الطفل المصاب بالتوحد وكذلك كيفية إدارة التفاعل بين الطفل وباقى أفراد أسرته وأيضاً يركز هذا الدور على إمداد الوالدين بأساليب التنشئة الخاصة بفئة الأطفال التوحديين وسبل رعايتهم وتحقيق مناخ أسرى ملائم(1).

3ـ**دور الميسر أو المساعد**: ويعنى مساعدة الوالدين على إزالة المخاوف النفسية المرتبطة بإعاقة التوحد والتعاطف معهما لتخفيف حدة المشاعر السلبية التى تسير عليهما ومساعدة والدى الطفل التوحدى فى الحصول على الخدمات التى يحتاجها طفلهما والتأكد من حصوله على الدواء بانتظام إذا لزمه حالته العلاج بالعقاقير أو غيرها، وأيضاً مساعدة الوالين فى الحصول على الخدمات التى يحتاجونها من البيئة دون صعوبات من خلال الاستفادة من العلاقات بين المؤسسات التى تهتم بهذه الفئة وبين المؤسسات الأخرى التى تقدم المساعدات.

4ـ**دور الوسيط**: يعنى ربط الطفل التوحدى بمؤسسات المجتمع المتنوعة للحصول على المساعدة التى يحتاجها، كما يعنى أيضاً أن الأخصائى يعمل كوسيط بين الطفل المصاب بالتوحد وأسرته وبين المؤسسة وذلك لتحقيق الارتباط بين والدى الطفل والمؤسسات التى يحتاجون لخدماتها والتدخل

---

(1) راجع فى ذلك :

– عبدالعزيز فهمى النوحى : الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية وعملية حل المشكلة، ضمن إطار نسقى ايكولوجى، القاهرة ،ط2، الكتاب الثالث، دار الأقصى للطباعة، 2001، ص 4.

– عبدالمحسن فهد السيف : أدوار ومهام الأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى ، دراسة ميدانية بالمستشفيات الحكومية بمدينة الرياض – المملكة العربية السعودية ، بحث منشور فى مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ، القاهرة ، جامعة حلوان ، العدد السابع ، 1999.

–Charles Zastrow : Introduction To Social Work And Social Welfare (Canda Thomosn / Brooks / Cole, 2004), PP.79-80.

للمعاونة فى حل أى مشكلات تعوق الاستمرار فى الحصول على الخدمة المطلوبة(1).

5ـ**دور المخطط** : ويتضمن المشاركة فى تخطيط الأنشطة والخدمات الاجتماعية لمساعدة الأطفال التوحديين وأسرهم والمشاركة فى اتخاذ القرارات لصالحهم وقد يشمل هذا الدور تصميم برامج جديدة أو خدمات جديدة أو تطوير برامج قائمة بالفعل، كما أنه أيضاً من خلال دور المخطط يقوم الأخصائى الاجتماعى بالاشتراك مع باقى أعضاء فريق العمل بالمؤسسة للتعرف على احتياجات ومشكلات الأطفال بالمؤسسة من جانب واحتياجات ومشكلات أسرهم من جانب آخر والمساهمة فى التخفيف من حدتها.

6ـ**دور المدافع أو المطالب** : ويقصد به الدفاع لصالح الطفل المصاب بالتوحد وأسرته فى الحصول على الخدمات سواء داخل المؤسسة أو فى المؤسسات الأخرى ومن خلال القيام بهذا الدور يحاول الأخصائى إعادة عرض مطالب الأسرة عندما يكون هناك مشكلات أو نقص فى الخدمات، بما يساعد الأسرة على تحقيق ما تتطلع إليه فى توفير أنسب الأجواء لطفلها بشرط أن يتوافق ذلك مع الحقوق المنصوص عليها.

7ـ**دور المفسر أو الموضح** : ويعنى مساعدة والدى الطفل المصاب بالتوحد على تنمية أساليب معاملة جديدة لطفلهما حتى لا يشعر بعدم التقبل من جانب الأسرة مما يؤثر على تأخر حالة الطفل.

8ـ**دور المنشط** : ويعنى مسئولية الأخصائى الاجتماعى نحو المحاولة لتغيير بعض أهداف ولوائح المؤسسة لصالح الطفل التوحدى وأسرته كما يتضمن هذا الدور أيضاً استحداث تغييراً أساسى فى بيئة الطفل المصاب بالتوحد أو استحداث خدمات جديدة مطلوبة إلى برامج المؤسسة القائمة بالفعل، ويمكن

(1) Bradford W.sheafor And Charles R.Harejsi : Techniques And Guidelines For Social Work Practice (Seventh Edition, New York Pearosninc, 2006), PP. 55-59.

ممارسة ذلك الدور أيضاً من خلال الحث على التطوع أو التبرع لصالح الأطفال المصابين بالتوحد من خلال الجمعيات الأهلية أو أفراد المجتمع[1].

دور الأخصائى الاجتماعى فى التأثير على جماعة الآباء :

1-يعمل الأخصائى الاجتماعى على توضيح مخاطر وأضرار سوء معاملة الأطفال على مستقبلهم وأن الإساءة إلى هؤلاء الأطفال سوف يزيد من اضطراباتهم.

2-تأهيل أعضاء جماعات الآباء لأصول التربية الحديثة في تعاملاتهم مع أطفالهم وتعليمهم الوسائل البديلة للعقاب والعنف ضد الأطفال.

3-يعلم الأخصائى الاجتماعى الأعضاء أساليب حل المشكلة، والضغوط النفسية والاجتماعية التى قد تسبب فى إساءة معاملة الأطفال.

4-تبصير الآباء بأهمية حماية الطفل من سوء المعاملة وأن هذه المعاملة السيئة بجميع صورها وقد يعرضهم للمسائلة القانونية، كما أن لها آثار جانبية على مستقبل الأسرة وتوازنها.

5-يعمل الأخصائى الاجتماعى على تنمية قيم التسامح فى المعاملة، وانعكاسات هذه القيم طاعة الأبناء للآباء والتفاعلات داخل الأسرة.

يعمل الأخصائى الاجتماعى على إزالة أو التخفيف من المشكلات المسببة لإساءة معاملة الآباء للأطفال وذلك بدراستها والوصول إلى حلول ملائمة لها.

ثالثا : *استراتيجيات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية اللازمة لمواجهة الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم*

يعد اختيار الإستراتيجية الملائمة أحد أهم أدوار الأخصائى الاجتماعى العامل مع الوالدين، ولا يتسنى له ذلك إلا من خلال الدراسة الجيدة والفهم الواعى لأوضاع الأسرة الراهنة بما تتضمنه من أنساق فرعية، واحتياجات ومشكلات

---

(1) نجلاء يوسف قنديل: نموذج مقترح للممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية فى المساعدة للتغلب على مشكلات مرضى الدرن ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، القاهرة ، 2003 ، ص ص 34 -36، بتصرف .

ورغبات، ويضاف إلى ذلك معرفة أساليب التفاعل بين الأنساق الفرعية للأسرة، وأيضاً بين نسق الأسرة والأنساق الأخرى فى المجتمع، مع دراسة شبكة الاتصالات فى الأسرة ومدى كفاءتها، ونقاط ضعفها، ومدى احتياجها إلى إنشاء قنوات اتصال جديدة، أو فتح قنوات اتصال أغلقت فيما سبق، وذلك مع تحديد إمكانيات أنساق الأسرة ومواردها التى يمكن استثمارها أثناء عمل الأخصائى الاجتماعى معها.

وفى ضوء المحددات التى سبق عرضها، ومن خلال تحديد الأخصائى الاجتماعى لجوانب قصور الأداء الاجتماعى لأدوار أنساق الأسرة الفرعية يمكن اختيار الإستراتيجية الأكثر ملائمة للعمل مع الوالدين المسيئين ومن أهم تلك الاستراتيجيات :

1-إستراتيجية بناء وتدعيم الاتصالات الأسرية.
2-إستراتيجية تغيير البناء.
3-إستراتيجية إعادة التوازن الأسرى.
4-إستراتيجية إعادة البناء المعرفى للوالدين.

وفيما يلى عرض استراتيجيات العلاج الأسرى وما يرتبط بها من أساليب علاجية :

1) إستراتيجية بناء وتدعيم الاتصالات الأسرية :

تركز هذه الإستراتيجية على ردود أفعال الوالدين وباقى أفراد الأسرة والسلوكيات الصادرة عنهم، والمشاعر التى يظهرها أفراد الأسرة، بالإضافة إلى حديث الأفراد، وصور فهم الآخرين لهذا الحديث، كما يشير السلوك المقصود وغير المقصود الصادر عن أفراد الأسرة إلى مدى فهم أفرادها لمعانى الموضوعات المتكررة يومياً بين أفراد الأسرة [1].

(1) Gill Gorell Barnes : Family Therapy in Changing Times (London : Macmillon Press LTd , 1998) P.P. 27-28.

كما تهدف هذه الإستراتيجية إلى مرور المشاعر والأفكار بين أعضاء الأسرة فى إطار نفسى اجتماعى سوى، يستبعد الفهم الخاطئ لمضمون الرسائل المتبادلة، وتتأثر عملية الاتصال داخل وخارج النسق الأسرى، بمجموعة عوامل منها حجم الأسرة، طرق التفاعل الأسرى، خبرات أعضاء النسق الأسرى، الضغوط التى تتعرض لها الأسرة، طبيعة الرسائل المتبادلة، الخبرات المشتركة لطرفى الرسالة، نوعية القنوات المستخدمة فى نقل الرسالة، وهدفها وزمن الرسالة وطريقة الرجع المرتبطة بها، ومدى تجاوب المرسل مع رد فعل المستقبل، ويرتبط ذلك كله باحتياجات ومشكلات النسق الأسرى(1).

كما يجب الإشارة إلى اعتماد الاتصالات الأسرية على مجموعة من الأطراف المتفاعلة والمشتركة به – طرفين على الأقل هما المرسل والمستقبل – وزيادة عدد المرسلين والمستقبلين تصبح فرص الاتصال كبيرة، ولكنها قد تؤثر على قدرة المشاركين، وعلى وضوح الرسالة والزمن المستغرق فى وصول الرسالة، ومدى الضغط على قنوات الاتصال المستخدمة(2).

ولإتمام تلك العملية بنجاح يجب تدعيم تلك الاتصال من خلال تقوية العلاقات الأسرية بين الوالدين والطفل ومساعدة الوالدين على فتح قنوات اتصال مع الأطفال لتسهيل عمليات التعلم السوية.

ومن الممكن تحقيق هذه الإستراتيجية من خلال ممارسة الأساليب العلاجية الآتية(3):

---

(1) عبدالناصر أحمد عوض جبل : العلاقة بين ممارسة العلاج الأسرى مع الطلاب المضطربين سلوكياً لتنمية قدراتهم الابتكارية رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1989.

(2) John Muncie Et al: Understanding The Family (London : Sage Publication LTd, 1999) P.P.191-192 .

(3) إحسان ذكى عبدالغفار وآخرون : الاتجاهات الحديثة فى خدمة الفرد (الثقافة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة ، 2000) ص ص 49-50.

أ-إعادة توزيع الاتصالات داخل الأسرة سواء بتدعيم بعض الاتصالات أو فتح قنوات اتصال جديدة أو إعادة فتح قنوات اتصال كانت موجودة من قبل.

ب-استبعاد الخبرات المؤلمة فى عملية الاتصال، وكذلك الأحداث العارضة والمتغيرات المحيطة التى قد تؤدى إلى الخلط وسوء الفهم فى عملية الاتصال.

ج-إعادة تجديد قواعد الاتصال وتوضيح الحدود بين مستويات الاتصال المختلفة داخل الأسرة.

د-تحديد مناطق الضعف فى الاتصال بين الأسرة والبيئة الخارجية ومحاولة تغييرها.

هـ-اختيار قنوات الاتصال التى قد تكون أكثر تأثيراً فى تغيير أنماط الاتصال فى الأسرة ويستفاد فى سبيل تحقيق ذلك بالأشخاص الأكثر سلطة.

ويتم توظيف هذه الإستراتيجية من خلال جهود الأخصائى الاجتماعى لتحسين الاتصالات الأسرية بين الوالدين وطفل الأوتيزم، وفتح قنوات اتصال جديدة بينهم وحثهم على الزيارات المستمرة لأبنائهم.

2) إستراتيجية تغيير البناء :

تم استخدام مصطلح تغيير البناء فى العديد من الدراسات التى اهتمت بالعلاج الأسرى، وقد تم تحديد ذلك المصطلح بواسطة سلفادور مينوشين Salvador Minuchin 1974 فى كتابه الأسرة والعلاج الأسرى.

ويعد أحد المفاهيم المحورية المرتبطة بنظرية العلاج الأسرى ويشير إلى تعديل أو تغيير بناء القيم لدى الأنساق الفرعية للأسرة [1].

تلك الأنساق التى تتسم بالعزلة وعدم الاستفادة من صور الدعم الخارجى،

(1) سعيد عبدالعال حامد : استخدام العلاج الأسرى فى خدمة الفرد فى زيادة معدل التوافق الزواجى بين الزوجين فى الأسرة ، بحث منشور فى مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان ، العدد (7)، أكتوبر 1999، ص200 .

وزيادة الضغوط البيئية عليها، مع وجود صراع بين نسق الوالدين المتمثل في السيطرة أو الخضوع مع انتشار أساليب التنشئة غير السوية المتمثلة في القسوة أو الحماية الزائدة.

لذلك عند التفكير في تغيير البناء يتوجب على الأخصائي الاجتماعي المعالج أن يقيم الموقف الأسري من حيث مدى ثبات بناء الأسرة في مواجهة التغييرات التي حدثت في المجتمع، أي أن هناك شيئاً هاماً في الأسرة لا يتواءم مع متطلبات المجتمع، ولهذا فهو في حاجة إلى حالة من التغيير وبناءاً عليه يحدد الأخصائي المعالج ماهية التغييرات المطلوبة، وعليه أن يساعد الأسرة على تحديد مواطن الاضطرابات أو الخلل في البناء لتحديد الأهداف العلاجية التي قد تكون في الحدود حول الأسرة أو أخذ أنساقها أو بناء السلطة [1].

وترتبط بهذه الإستراتيجية مجموعة من الأساليب العلاجية تتمثل في :

أ- المواءمة : حين يستخدم الأخصائي هذا الأسلوب فإنه يضع نفسه عن قصد كعضو من أعضاء الأسرة وكقائد لهم داخل نسق الأسرة بكل ما يشتمل عليه من علاقات وتفاعلات، وفي هذا الجانب يجب على الأخصائي أن يتقبل نسق الأسرة كما هو بكل ما يشتمل عليه من أنماط العلاقات والتفاعل وذلك لتكون هذه نقطة البداية التي يبدأ بها الأخصائي في تعديل الجوانب السلبية داخل هذا النسق [2].

ولذا يجب على المعالج الأسري مساعدة الأسرة على تحديد الأنماط غير السوية التي تحتاج تغييرها، والمؤدية إلى فشل أفرادها في أداء أدوارهم، كما يجب الإشارة إلى أن استخدام الأخصائي الاجتماعي لهذا الأسلوب يتوقف على الأهداف

---

(1) عبدالمقصود إبراهيم سعدان : العلاقة بين ممارسة العلاج الأسري في خدمة الفرد وتعديل الاتجاهات الوالدية السالبة نحو كف طفلهما (بحث منشور في المؤتمر السابع، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، جـ(1)، ديسمبر 1993، ص117.

(2) على حسين زيدان وآخرون: نماذج ونظريات معاصرة في خدمة الفرد،(بدون دار نشر، القاهرة، 2002)، ص423.

التى تريد الأسرة تحقيقها، كما أنها ترتبط بحجم الضغوط التى تتعرض لها الأسرة ومقدار التقدم فى التغيير [1].

بـ مساعدة الأسرة على وضع حدود الأنساق الفرعية داخلها :إن هذا الأسلوب يُمكّن الأخصائى من مساعدة الأسرة على أن تحدد الأنساق الفرعية بداخلها تحديداً واضحاً يمكنها من أداء وظائفها على أكمل وجه. وبالتالى فإن كل عضو فى الأسرة يستطيع أن يدرك حدود دوره الذى يجب أن يؤديه داخل النسق، ولاشك أن ذلك يكون له تأثيراً إيجابياً على العلاقات والتفاعلات داخل الأسرة، وعلى أدائها لوظائفها بصورة عامة[2]. يعد هذا الأسلوب أحد الأساليب الهامة التى يستند إليها الأخصائى الاجتماعى أثناء عملية التأثير المتبادل للأنساق الفرعية، كما يساعد على محاولة فهم معوقات نمو العلاقات فيما بين الأنساق الفرعية المختلفة للأسرة، ومما يجدر الإشارة إليه أن أنشطة الأنساق الفرعية للأسرة، العمليات الدينمية للتغيير إطار المعلومات للأنساق الفرعية للأسرة من أهم المحددات التى يستند إليها الأخصائى الاجتماعى عند مساعدته للأسرة على وضع حدود الأنساق الفرعية داخلها، لذلك يشترط الوضوح والتمييز بين المعانى المختلفة لأنساق الأسرة الفرعية مع توضيح المشكلات المتعلقة بالنسق الأسرى عامة وعلى اختلاف مستوياته مع ضرورة احترام الوضع الحالى لنسق الأسرة ومحاولة تقبله مع محاولة التعرف على مجموعة المفاهيم الخاصة بأنساق الأسرة الفرعية[3].

ولوضع هذه الإستراتيجية موضع التنفيذ فإن على الأخصائى الاجتماعى مراعاة الآتى [4]:

---

(1)Sue Walrond : Family Thearapy – The Tratment Of Natural Systems (London: The Trinity Press, 1981) P.49.

(2) على حسين زيدان وآخرون: خدمة الفرد نظريات وتطبيق، مرجع سبق ذكره، ص ص 424-425.

(3)Ian Wilkinson : Child and Family Assessment, Clincal Guidelines For Practitioners(London : Routhedge, 1998) P.111.

(4) إحسان ذكى عبدالغفار وآخرون:الاتجاهات الحديثة فى خدمة الفرد ،مرجع سبق ذكره، ص ص 49-50.

أ-الفهم الجيد لقيم الأسرة كأحد مكونات الحدود والقواعد ومدى اختلافها عن قيم المجتمع مع محاولة التحكم فى الآثار المرتبة على هذا الاختلاف.

ب-أن يكون واعياً للاختلاف بين قيم الأسرة وقيمه الخاصة، ويحاول أن يتعرف ويتحكم فى أثر هذه الاختلافات.

ج-التركيز على تغيير الحدود داخل النسق الأسرى، والمسببة للموقف الاشكالى.

د-النظر إلى التغيير فى القيم على أنه تغيير يهدف إلى الإتفاق على ترتيب أهمية الأشياء فى السلم القيمى للأسرة، ومن ثم يجب مساعدة أفراد الأسرة على إعادة ترتيب أهمية القيم حيث أن لكل فرد ترتيب خاص لأهمية هذه القيم ثم محاولة التركيز على القيم المشتركة بين الأفراد.

وعند تطبيق هذه الإستراتيجية يتعين على الأخصائى مساعدة الأسرة فى تعديل الجوانب السلبية المرتبطة بالعلاقات الأسرية، ونظرة الوالدين لطفل الأوتيزم وتحسين إدراكهم لطفل الأوتيزم وزيادة تقبله كما هو.

3) إستراتيجية إعادة التوازن الأسرى :

تستهدف هذه الإستراتيجية تقييم الموقف الأسرى الراهن، وهل الأسرة فى حالة ثبات واستقرار، ومحافظة على الأنماط القديمة بينما تواجه بعض المتطلبات للتغيير الذى حدث فى المجتمع وكذلك للتعرف على نقاط الضعف فى البناء الأسرى، والتى قد تؤثر على التوظيف الأسرى، والتى لا تسهل أداء الأسرة لأدوارها، والعمل على تحديد المتغيرات المطلوبة فى البناء الأسرى(1).

وترتبط بهذه الإستراتيجية مجموعة من الأساليب العلاجية والتى تتمثل فى الآتى(2):

---

(1) عرفات زيدان خليل : العلاج الأسرى فى خدمة الفرد وتحسين الأداء الاجتماعى لأسر الأحداث المنحرفين (بحث منشور فى المؤتمر العلمى الخامس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، مارس 2002) ص 165.

(2)Scottw. Henggeler – Charles M.Borduin: Family Therapy and Beyond (California: Wadsworth, Inc, 1990) P.4.

أ- **إعادة تنظيم وتوزيع الأدوار في الأسرة:** ويعد هذا الأسلوب من أكثر الأساليب فاعلية في العلاج الأسرى، وذلك لتأثيره على إعادة تنظيم وتشكيل أنماط السلوك والتفاعل والعلاقات داخل الأسرة وهذا الأسلوب يحتاج في تطبيقه إلى درجة قوية من العلاقة المهنية، كما يساعد على رسم الحدود بين الأنساق الفرعية داخل الأسرة، ويفيد أيضاً حين تكون الأدوار والمكانات الخاصة بأعضاء الأسرة غير واضحة أو محددة وهناك تداخل بينها.

ب- **تحديد قواعد الأسرة** : يمكن للأخصائي الاجتماعي تحديد قواعد الأسرة من خلال أنماط السلوك المتكررة بين أعضائها لذلك فحين يستطيع الأخصائي أن يحدد هذه القواعد يمكنه التنبؤ بسلوك أعضاء الأسرة وشكل علاقاتهم وهذا يمكن الأخصائي من أن يعرف ما إذا كان هناك بعض السلبيات أو جوانب الضعف في هذه القواعد حتى يمكنه مساعدة الأسرة على إعادة بناء الإطار العام الذي يشتمل على قواعدها ومساعدتها.

ومن خلال هذه الإستراتيجية يمكن للأخصائي الاجتماعي مساعدة الأسرة على الإبقاء على فكرة توازن الأسرة كنسق كلي وأن يؤدي كل نسق فرعي داخلها الأدوار المطلوبة منه.

4) إستراتيجية إعادة البناء المعرفي للوالدين:

تركز هذه الإستراتيجية على مساعدة الوالدين على تعديل الأفكار الخاطئة المرتبطة بتنشئة الطفل، واستثمار مالديهم من قدرات وطاقات تمكنهم من مواجهة مشكلاتهم والاستفادة من العناصر الإيجابية في مكونات شخصياتهم، ونظراً لأن كثير من الآباء والأمهات الذين يسيئون معاملة أطفالهم لهم خصائص تميزهم فهؤلاء لا يستطيعون أن يتيحوا لأطفالهم بيئة انفعالية مواتية تدفع بالنمو السليم، وأهم ما يميز مثل هؤلاء الآباء والأمهات هو مبالغتهم فيما يتوقعونه من أطفالهم بما لا يتناسب ودرجة إعاقتهم ومرحلة نموهم، وتبني هؤلاء الآباء العديد من

الأفكار والاتجاهات السلبية والتى ترتبط بإدراكهم للإساءة (1).

ومن الممكن تحقيق هذه الإستراتيجية من خلال دعم الآباء والأمهات بالخدمات التالية :

1- **الخدمات الاجتماعية :** وتتضمن الاهتمام بجوانب التنشئة الاجتماعية السليمة، والسلوك الاجتماعى المقبول، ومعرفة الجهات التى تقدم الخدمات وأوجه الرعاية المتكاملة لأطفال الأوتيزم.

2- **الخدمات النفسية :** مساعدة الوالدين على مواجهة الحاجات النفسية لطفل الأوتيزم التوحدى – وتقبل الطفل – وتقبل الواقع – ضبط الانفعالات.

3- **الخدمات الوقائية :** تزويد الوالدين بمعلومات عن أطفال الأوتيزم، وخصائصهم وسماتهم من جانب والإساءة والآثار الناجمة عنها ومعلومات عن السلوكيات الوظيفية التى تتناسب مع بيئة المنزل من جانب أخر.

4- **الخدمات الترويجية :** تقديم بعض الخدمات الإرشادية الترويجية للآباء والأمهات وتنمية الدافع للخروج إلى الأماكن العامة والمنتزهات دون الشعور بأى خجل أو عار تجاه طفل الأوتيزم.

ويستفاد من هذه الإستراتيجية عند تعامل الأخصائى الاجتماعى مع أسر أطفال الأوتيزم التوحديين لتعديل الأفكار والاتجاهات السلبية المرتبطة بنظرتهم لطفل الأوتيزم، ومن خلال حثهم على جوانب التنشئة الاجتماعية السليمة لطفل الأوتيزم، كما يقوم أيضاً الأخصائى بتوجيه الوالدين نحو المؤسسات التى تقدم خدمات لهؤلاء الأطفال وأسرهم.

---

(1) ممدوح محمد دسوقى : فعالية برنامج للإرشاد الأسرى فى خدمة الفرد فى تخفيف إساءة المعاملة الوالدية للأطفال المتأخرين دراسياً (بحث منشور فى مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد الثالث والعشرون ، أكتوبر 2007) ص ص 837-838.

رابعاً : أساليب الخدمة الاجتماعية التى يمكن استخدامها فى مواجهة الإساءة الوالدية لطفل الاوتيزم :

إن مشكلة الإساءة للأطفال وإهمالهم هى نوع من الاضطراب والخلل فى وظيفة الأمومة والأبوة ومن ثم يصبح من الضرورى تقديم المساعدة للآباء والأمهات بالإرشاد أو العلاج أو محاولة تغيير البيئة المحيطة بالطفل .

أ) الإرشاد الأسرى :

مفهوم الإرشاد الأسرى : هو عملية مساعدة الوالدين والأولاد وحتى الأقارب وأفراد الأسرة فرادى و كجماعة، فى فهم الحياة الأسرية ومسئولياتها لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسرى وحل المشكلات الأسرية [1].

أما المقصود بتوعية الآباء والأمهات هو توجيه برامج منظمة عن طريق مؤسسات متخصصة تتبع أساليب التربية المستمرة بحيث تتم من خلالها إكسابهم معلومات ومهارات واتجاهات عن أفضل أساليب التعامل مع أبنائهم[2]. ومثل هذه البرامج المنظمة ينبغى ألا تقتصر على المعلومات والنظريات بل لابد وأن تتاح فيها فرص التدريب الكافية عن طريق استراتيجيات وأساليب متعددة ويكتسب منها آباء وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد القدر اللازم من المعارف والدراسات المتاحة التى تساعدهم على فهم سلوك أطفالهم التوحديين، وبطبيعة الحال فمثل هذه البرامج لابد أن يشترك فى تخطيطها وإعدادها وتقويمها خبراء نفسيون وتربوين[3].

ويعتبر علاج وإرشاد الآباء من وجهة نظر علم النفس عند أدلر وفى نظرية التعليم الاجتماعى أساساً لعلاج الأفعال ومن ثم يكون من الصعب جداً تحقيق

---

(1) حامد عبدالسلام زهران : التوجيه والإرشاد النفسى ، مرجع سبق ذكره، ص405.

(2) حسان محمد حسان : تربية الأمهات والآباء ضرورة لنجاح تربية الأبناء ، مجلة التربية، اللجنة الوطنية القطرية للتربية والثقافة، العدد (94) ،2000، ص ص 440-443.

(3)جوليان – روتر : علم النفس الاكلينكى، ترجمة عطية هنا ، مكتبة أصول علم النفس الحديث ، دار الشروق ، القاهرة ، 1989، ص 165.

تغييرات سريعة دائمة مع لطفل الأوتيزم، ما لم تكن اتجاهات الآباء وسلوكياتهم تؤدى لمثل هذه التغيرات.

ب) الحاجة إلى الإرشاد الأسرى :

كثيراً ما نجد أن مشكلات الوالدين أو الأبناء إن هى إلا عينة من مشكلات الأسرة، ونتاج لاضطراب أسرى شامل[1]، وقد تتشابك مشكلات أفراد الأسرة لدرجة يصعب حلها فردياً وخاصة إذا ما كان من بين أعضاء الأسرة طفل مصاب بالأوتيزم، فيستلزم العمل جماعياً مع الأسرة كوحدة.

ويشير " مورنو " وآخرون 1986 أن الحاجة للإرشاد الأسرى ترجع إلى :

1-أن الأفراد يجب أن ينظر إليهم من خلال أسرهم، وكذلك الأسر ينظر إليها باعتبارها أحد الأنظمة الكبيرة المتعددة.

2-أن الأفراد يتأثرون ويؤثرون بشدة فى أسرهم ولهذا فإن التعامل مع شخصية مستقلة عن أسرتها يعتبر تجاهلاً لمصدر هام لمعرفة نموها النفسى.

3-أنه لكى تغير سلوك الأفراد فى الأسرة فربما يكون من الضرورى تغيير أساليب الأسرة كلها فى التفاعل مع طفلها.

4-أنه عادة ما تؤثر مشكلة العميل على باقى أفراد الأسرة أيضاً.

5-يكون الإرشاد الأسرى أكثر فاعلية عندما يبدى كل أفراد ألأسرة الرغبة فى مقابلة المرشد كمجموعة واحدة، وعندما يبدى الأفراد الرغبة فى تحمل المسئولية لتحسين الموقف [2].

ويرى حامد زهران أن الإرشاد الأسرى يهدف إلى تحقيق سعادة واستقرار واستمرار الأسرة، وبالتالى سعادة المجتمع واستقراره، وذلك بنشر تعليم أصول الحياة الأسرية السليمة وأصول التنشئة الاجتماعية للأطفال ووسائل تربيتهم

---

(1)حامد عبدالسلام زهران : التوجيه والإرشاد النفسى، مرجع سبق ذكره ، ص 406.

(2) Muron, A : Manthei. B.and Small J : Counsellung The Skills Of Problem Solving Roitledge, London 1989

ورعاية نموهم[1]. وهذه المسئولية تتضاعف عندما يكون هؤلاء الأطفال مصابون باضطراب كاضطراب التوحد، وبهذا يكون الإرشاد الأسرى بمثابة تقوية وتحصين للأسرة ضد احتمالات الانهيار والاضطراب وتحقيق التوافق والصحة النفسية فى الأسرة. بينما ذكرت " ممدوحة سلامة 1990 " أن الإرشاد الأسرى يهدف إلى مساعدة الآباء والأمهات على أن يكونوا أباء صالحين وآباء عطوفين ناجحين، وهذا الهدف العام يمكن تحديده فى عدة أهداف فرعية :

1-مساعدة الوالدين فى التعرف على نواحى الخلل الوظيفى فى العلاقات الأسرية والزوجية وكيفية تدخل هذا الخلل فى سلوك أعضاء الأسرة بعضهم بعضاً وفى جو البيئة الأسرية.

2-مساعدة الآباء والأمهات فى فتح قنوات الاتصال بينهم وبين أعضاء أسرتهم بحيث يمكن مناقشة مشكلاتهم بصراحة والتعبير عن انفعالاتهم تجاه بعضهم بعضاً، مما يؤدى إلى تبينهم واستيضاحهم لأبعاد مشكلاتهم وإلى اعتراف كل منهم بمسئوليته عن المشكلة وإلى تحديد دوره فى إصلاح الأمور.

3-مساعدة الوالدين فى تحديد السلوك الجديد الذى يرونه مناسباً للتعامل مع أطفالهم، ومناسباً أيضاً لعلاج مشكلاتهم وتدريبهم على كيفية القيام بهذا السلوك مع تعرفهم على الاختبارات الانفعالية والسلوكية المتاحة أمامهم.

4-مساعدة أعضاء الأسرة فى تحقيق المزيد من النمو الشخصى ومزيد من الفاعلية فى الأداء النفسى والاجتماعى والعقلى لأفراد الأسرة.

5-مساعدة الوالدين فى تنمية علاقاتهم بالآخرين، لاسيما عن طريق التعبير عن المشاعر الايجابية ومشاعر التقدير تجاه الآخرين من أعضاء الأسرة.

6-مساعدة الوالدين فى اتخاذ قراراتهم المتعلقة بطفلهم ومستقبله فى ضوء ما تصنعه الأسرة من أهمية للقيم الدينية والمكانة الاجتماعية.

7-مساعدة أعضاء الأسرة فى تعلم مهارات توكيد الذات، مع اخذ حقوق

---

(1) حامد عبدالسلام زهران : التوجيه والإرشاد النفسى ، مرجع سبق ذكره ، ص 405.

الآخرين فى الاعتبار.

8-مساعدة أعضاء الأسرة فى تقبل الفروق التى بينهم وبين الآخرين فى القيم وأساليب الحياة واعتبارها مجرد اختلافات أو فروق وليس أخطاء أو نواحى قصور.

9-مساعدة الوالدين فى تبين حاجة الأبناء للعون فى مواجهة مطالب النمو وحالات الطوارئ والأزمات.

الأساليب والفنيات المستخدمة فى الإرشاد الأسرى :

يشمل الإرشاد الأسرى تطبيق العديد من التكنيكات منها (لعب الدور، النمذجة، المحاضرات والمناقشات الجماعية، الواجبات المنزلية، التعزيز الايجابى) وسوف يقوم الباحث بعرض هذه التكنيكات كما يلى :

1- المحاضرات والمناقشات الجماعية :

يعتبر أسلوب من أساليب الإرشاد الجماعى التعليمى، حيث يغلب فيهما الجو العلمى ويلعب فيهما عنصر التعليم دوراً رئيسياً، حيث يعتمد أساساً على إلقاء محاضرات سهلة على العملاء (الآباء والأمهات)، يتخللها ويليها مناقشات، وتهدف المحاضرات والمناقشات الجماعية أساساً إلى تغيير الاتجاهات لدى العملاء(1).

وتعتبر المناقشة الجماعية وسيلة أساسية وهامة فى طريقة العمل مع الجماعات، فهى تعتبر نشاط تعاونى، يشترك فيه أعضاء الجماعة فى جو يسوده الحرية والشعور بالمساواة، وهى تأخذ طابع الحوار الكلامى المنظم لإيجاد حل لمشكلة معينة أو لمناقشة موضوع معين، والمناقشة هى التعاون المقصود بين أشخاص يفكرون ويناقشون معاً وجهاً لوجه موضوع ما كأفراد وكجماعات تعمل تحت إشراف قائد الجماعة(2).

---

(1) حامد عبدالسلام زهران : التوجيه والإرشاد النفسى، مرجع سبق ذكره، ، ص305.

(2) محمد شمس الدين أحمد : الإشراف فى العمل مع الجماعات ، مرجع سبق ذكره، ص45.

وتفيد المناقشة الجماعية فى تعليم الوالدين وتدريبهم على ممارسة السلوك السوى الديمقراطى مع أطفالهم البعيدة عن الإساءة والإهمال، وذلك من خلال إتاحة الفرصة للأعضاء لأداء الأدوار، ومناقشة السلوك المقبول والسلوك غير المقبول ومحاولة إقناعهم ونصحهم بتدعيم السلوك المقبول من خلال تدريبهم على ذلك وعن طريق مناقشة آرائهم ودراستها، وأخذ آرائهم فى الأسباب التى قد تؤدى لإساءة معاملة أطفالهم من وجهة نظرهم، وتحديد النقاط الرئيسية وراء كل مشكلة ثم تجزئتها إلى مشكلات صغيرة حتى يتمكن الوالدين من التغلب على مشكلة الإساءة الوالدية للطفل والآثار المرتبة عليها.

2ـ النمذجة :

تستخدم فى إرشاد الوالدين، وقد تكون هذه النمذجة حية من مواقف الحياة العامة، ويقوم بها الآباء أنفسهم، وقد تكون النمذجة فلميه من خلال أشرطة الفيديو وأشرطة التسجيل للعرض على الجماعة الإرشادية، كما قد تكون من خلال استخدم الصور التى توضح أساليب التربية الأسرية السوية [1].

إذا تعد النمذجة أحد الأساليب الهامة التى تتم من خلالها تنشئة الأفراد، ومن ثم يجب على الأفراد الذين يمثلون النمذجة للآخرين أن يضعوا ذلك فى اعتبارهم يتعمدون إصدار السلوك الايجابى الذى يساعد على تنمية وتحسين مستويات التفاعل بين الوالدين والأطفال، وأن ندعم السلوك الإيجابى لدى الأطفال، ونتحكم فى السلوك السلبى حتى لا يتعلم الأطفال هذا السلوك السلبى عن طريق الإقتداء[2].

وتتوقف كفاءة النمذجة على عملية الانتباه للسلوك المشاهد وحفظه وتذكره وكيفية أداءه فى المواقف التالية أيضاً، ومن ثم فإن كفاءة التنشئة من خلال النمذجة

(1) ناجى عبدالعظيم سعيد عثمان : فاعلية برنامج إرشادى فى خفض السلوك العدوانى لدى الأطفال، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق، 1988، ص 68.

(2) زين العابدين درويش : علم النفس الاجتماعى ، مركز النشر لجامعة القاهرة، مطابع زمزم، العاشر من رمضان، 1994، ص78.

مشروطة بظروف معينة منها ما يختص بالقدوة من حيث أهميتها وخصائصها، ومنها ما يتعلق بالموقف نفسه الذى يحدث فيه عملية الإقتداء، ومنها ما يختص بالخصال الشخصية للمقتدى (1).

وبناء على ذلك فالنمذجة هى إطار توجهى مستمد من مصادر مختلفة تبعاً لقوة تأثيرها على الفرد، فهى عملية نفسية اختيارية فى ظاهرة لاشعورية فى بداية نشأتها، ويتم الاختيار لاتفاق مصدر القوة مع خصائص الفرد الآخر أو مكملة لأوجه النقص، وهى عملية مستمرة مع الفرد فى كل مراحل حياته المختلفة، ومع استمرار الحياة تعكس الأدوار، ويصبح الفرد بعد فترة هو مصدر القدوة للآخرين(2).

ويرى الباحث أن النمذجة هى مرادف لمفهوم القدوة الحسنة التى نحاول إكسابها للآباء والأمهات اللاتى يسئن معاملة أطفالهن، وهى تكنيك من تكنيكات طريقة خدمة الجماعة باعتبار الأخصائى مصدر ونموذج يقتدى به من قبل أعضاء الجماعة.

3ـ الواجبات المنزلية Homework :

. يشير هذا الأسلوب إلى التصرفات التى يطلب المعالج من أفراد الأسرة أن يقوموا بها فيما بين الجلسات، ولهذا الأسلوب قيمة فى أن يجعل جلسات العلاج تقع حيث يمكن أن توجد حلول للمشكلات، وليس فقط حيث يجرى الكلام، وبالإضافة إلى ذلك فإنها تعود أفراد الأسرة على أن يفهموا أنهم إذا غيروا سلوكهم فإنهم يمكن أن يعبروا كيف يشعرون وكيف يفكرون(3).

---

(1)المرجع السابق ، ص 80.

(2)أمال عبدالسميع مليجى : القدوة ، مجلة النفس المطمئنة ، العدد 56، الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية ، 1998،ص20.

(3) محمد محروس الشناوى: نظريات الإرشاد والعلاج النفسى، دار غريب، القاهرة ، 1994، ص453.

4ـ لعب الدور Role Playing :

مفهوم لعب الدور أنه أسلوب يعبر الأعضاء بواسطته عن مواقف ومشكلات من واقع الحياة، حيث يؤدونه بشكل تلقائي، ويستخدم كأسلوب تعليمي لاكتشاف عمليات التفاعل بين الأشخاص في مجتمع ما، ومساعدة الأعضاء على فهم وإدراك أحاسيسهم ودوافع سلوكهم في المواقف الاجتماعية المختلفة، ولزيادة قدراتهم على أداء السلوك المتوقع، والتصرف في شئون حياتهم بشكل أفضل خاصة إذا ما واجهتهم مشكلات أو أعترضتهم صعوبات في المستقبل[1].

ويعرف أيضاً بأنه إحدى طرق العمل الجماعي مع الأطفال والكبار، وهو عبارة عن تمثيل موقف واقعي يكون فيه اختلاف وصراع بين أفراده مما يساعد على التعبير عن أفكارهم وميولهم واستعداداتهم وحل مشكلاتهم، وذلك عن طريق التخلص من التوتر الانفعالي والقلق، ولعب الدور أمر طبيعي يحبه الطفل ويميل إليه كنوع من التقليد والمحاكاة، ويصلح أيضاً في تعديل سلوكيات واتجاهات الكبار[2]. ويعرف لعب الدور بأنه تكنيك مرن يستخدم في أي موقف من المواقف الجماعية، ويرتبط لعب الدور بالمواقف التي يواجه فيها الفرد أو الجماعة بعض الصعوبات أو الصراعات أو المخاوف أو المواقف التي يحتاجون فيها إلى التدريب على أدوار ومهارات وسلوكيات جديدة[3].

ويمكن ممارسة لعب الدور إذا كانت المشكلة المعروضة هي عدم قدرة الأب والأبن على الكلام مع بعضهم وأن الأخصائي الاجتماعي بدلاً من أن يطلب إعطاء مثال لذلك فإنه قد يطلب منهما أن يتحدثا معاً في الجلسة العلاجية في حدود

---

(1) كرم محمد الجندي : لعب الأدوار كأحد أساليب التعبير التي يجب إضافتها لبرامج طريقة خدمة الجماعة، الكتاب السنوي الأول في الخدمة الاجتماعية، مكتبة النهضة العربية، القاهرة، 1989، ص301.

(2) Rodny W.Napier, Mattik . Gers Hen Feld : Groups Theory And Experience, Fifth Edition, N, Haughtan Miffin Company, 1993, P.88

(3) Jarlath R.Bens: Working More Creatively With Group, London M Tuwstock Publications M 1982, P.208

ما تسمح به قدرات الطفل وإذا كان من الممكن إعادة تمثيل أو عرض صورة للمشكلة فى جلسة العلاج فإن الأخصائى المعالج غالباً ما يفعل ذلك والميزة الواحدة فى هذه الطريقة هى أن المعالج يمكن أن يتأكد بنفسه مما يجرى فى الأسرة بدلاً من أن يعتمد على العرض وحده، وذلك لأن كثيراً من المشكلات داخل الأسرة تتصل بعدم قدرة فردين على التحدث مع بعضهما البعض، وفى مثل هذه الجلسات فإن مشكلات التعامل والتخاطب تصبح هى الموضوع الرئيسى(1).

ويتميز أسلوب لعب الدور بأنه أكثر فاعلية فى تعليم المهارات وأنماط السلوك المختلفة عنه من قراءة كتاب أو الاستماع إلى محاضرة أو مشاهدة فيلم، ذلك لأنه بمثابة تعلم عن طريق العمل، كما يتميز هذا الأسلوب عن غيره من وسائل التعليم التقليدية، بأن المشترك يستخدم أكثر من حاسة عند الأداء، وبالتالى يعتبر أقدر على نقل الرسالة وإثارة الاهتمام لدى الأعضاء (الوالدين) (2).

ولقد أشار "توسلاند Toseland" إلى ثلاثة عوامل أساسية ينبغى على أخصائى العمل مع الجماعات مراعاتها عند تطبيق أسلوب لعب الدور(3):

أ-درجة انتباه أعضاء الجماعة وملاحظتهم، لذلك ينبغى على الأخصائى استعمال جميع الأساليب الممكنة لجذب انتباه الأعضاء، كأن يطلب منهم ملاحظة أسلوب الحديث، تعبيرات الوجه، طريقة الجلوس ومناسبتها للموقف.

ب-قدرة العضو على تمثيل الموقف، فاختيار العضو المناسب لأداء الدور يعتبر من العوامل المشجعة على المتابعة، ويفضل أن يبدأ العضو صاحب العلاقة بأداء الدور، ثم يطلب من عضو آخر إعادة تمثيله مرة أخرى.

---

(1) محمد محروس الشناوى : نظريات الإرشاد والعلاج النفسى ، مرجع سبق ذكره، ص453.

(2) كرم محمد الجندى : لعب الأدوار كأحد أساليب التعبير التى يجب إضافتها لبرامج طريقة خدمة الجماعة ، مرجع سبق ذكره ، ص 355.

(3) Toseland. S.: Problem Methods For Eduction The Handicapped On Individual, Ally And Bacon Inc London ; 1980, P.P. 131-132

جـ-إعادة أو تكرار تمثيل الموقف أو الدور عدة مرات إذا لزم الأمر والتوقف عند كل نقطة تحتاج إلى شرح وتوضيح، كما ينبغي الرد على أسئلة واستفسارات أعضاء الجماعة وإشراكهم في عملية التوضيح وإبداء أرائهم وتعليقاتهم ومقترحاتهم.

الأساليب المستخدمة فى لعب الدور :

ولتكنيك لعب الدور عدة أساليب متنوعة طبقاً للموقف الذى يتعامل معه وهذه الأساليب تعتبر وسائل لتحقيق التعبير الذاتى عن المشاعر والأفكار بواسطة المشاركين وهذه الأساليب هى [1]:

(أ) الوحدة الازدواجية (أسلوب الشبيه) Double Technique : حيث برز أحد الممثلين فى الموقف بشبيه له يوضع بجوار الممثل ويتفاعل معه على أنه ذاته، ويحاول الشبيه أن يندمج ويتوحد مع الممثل فى الصراع بتسليط الضوء على (الذات الأخرى) حيث يساعده هذا التوحد إلى الوصول إلى مستوى جيد أو أعلى من دورة الأنا غير المرئى وهو الأنا الآخر الذى يتحدث إليه فى بعض الأحيان ولكنه لا يوجد إلا فى محيلة هذا الشبيه غير المرئى وسرعان ما يتخذ أبعاداً مكانية ويصبح شخصاً خارجاً عن البطل ويحاول الشبيه إثارة البطل حتى يصل إلى مستويات أعمق من الشعور ويستخدم هذا الأسلوب فى حالة السيكودراما ذات العلاقة بالعلاج النفسى ولكننا نستخدم السوسيودراما (المواقف أو المشكلات) ذات الطابع الاجتماعى.

(ب) وحدة العجلة The Wheel : وفيه يجلس القائد وسط دائرة وحوله المشتركين أعضاء الجماعة (الوالدين) ويوجه إليهم سؤالاً وليكن مثلاً " ما هو أصعب موقف تم فيه إساءة معاملة للطفل التوحدى ؟ " فيذكر كل عضو موقفاً تمت فيه تلك الإساءة ، وقد يختار فى النهاية ما يبدوا أنه يمثل موقفاً له دلالته

---

(1) Gerald Corey : Theory And Practice Of Group Counseling 3rd Ed, California Brooks, Cale Publishing Co, 1990, P.238

بالنسبة لجميع الأعضاء من ناحية وله دلالته بالنسبة للمجتمع من ناحية أخرى، ويقوم القائد بدور العضو ويطلب من كل المشتركين أن يستجيب بدوره للموقف السابق الذى يواجهه مع العضو والوصول إلى أفضل استجابة ممكنة [1].

وقد تسجل الاستجابات صوتياً، وبعد أن يستجيب كل مشترك فى دوره يعاد الاستماع إلى الاستجابات كل على حده، وينتهى الأمر بحذف البعض منها والاتفاق على أفضل استجابة ممكنه، ثم تدور العجلة مرة أخرى.

(ج) وحدة التعويض Substitution: وهنا يقوم عضوان أو أكثر بسلوك يصدر بطريقة مختلفة مع الشخص الواحد، فمثلاً إذا أصر الشخص على أنه دائماً يعامل الناس معاملة حسنة، فإن هذا الأسلوب قد يقنعه بأن سلوكه مع الآخرين ليس مضطرباً دائماً وذلك عن طريق وصفه فى موقفين [2].

(د) عكس الدور: ويشار إليه-عندما يكون من المناسب لبطل الرواية أن يتعاطف مع وجهة نظر الشخص الآخر، فمثلاً ممكن أن يقوم المراهق المضطرب فى علاقته بوالده بتمثيل دور الأب فى موقف يعود فيه أبنه المراهق متأخراً للمنزل كل يوم، ويقوم فرداً أخر بتمثيل دور المراهق المشكل وقد لوحظ أن هذا يفيد بتبصير الشخص ويجعله يرى الأمور من وجهة نظر الطرف الأخر ويسمح بالتوسع فى إدراك الفرد لسلوكه ومدى تأثير هذا السلوك عليه.

5ـ التعزيز الإيجابى :

فيه يمكن للأخصائى الاجتماعى أن يقوم بتعليم الوالدين كيف يقوم باستخدام التعزيز بشكل منظم حيث يؤدى إلى السلوك المرغوب، ثم يتم تدريبهم على كيفية

---

(1) صفاء عبدالعظيم محمد : استخدام تكنيكى المناقشة الجماعية ولعب الدور فى خدمة الجماعة لزيادة الدافعية للتفوق لدى الطلاب ، بحث منشور، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المؤتمر العلمى الرابع عشر، 2001، ص89.

(2) المراجع السابق ذكره ، ص 93.

استخدام مجموعة من المعززات الإيجابية بحيث يمكن تكرار حدوث ذلك السلوك وكذلك يمكن للأخصائى أن يستخدم مبدأ التعزيز الثانوى فى عملية إرشاد الوالدين[1].

ويشمل الإرشاد الأسرى أيضاً التوجيهات اللازمة لأسر الأطفال التوحديين وهى[2]:

قبل البدء بتعليم الطفل مهارات الاعتماد على الذات أو محاولة التخلص من السلوك غير المرغوب فإنه قد يكون من الواجب التزويد بالخبرات التالية :

1-يحقق الطفل المتوحد أعلى مستوى أداء وتقدم فى البيئة السوية المتناسقة التى يتصف سلوك أحداثها بالمنطقية.

2-من الضرورى أن تكون سريعاً ومنسقاً فى تصرفاتك وأن تكون ردود أفعالك دائماً على النحو المتوقع، وكذلك فإن التسامح لا يجدى مع الطفل المتوحد فإنك لا تساعده إطلاقاً عندما تتركه يتمادى فى السلوك غير المرغوب انطلاقاً من مشاعر الحب والتعاطف، بل إنك تضره وتزيد من معاناته وتقلل من فرصة تعليمه مهارات جديدة مما يؤدى من جديد لمزيد من الإساءة فى معاملته.

3-لا تتوقع أن تحقق الكثير بسرعة، فالعمل مع طفل متوحد مهمة بطيئة وصعبة وتحتاج إلى الكثير من الصبر.

4-يحتاج الأطفال التوحديين للاختلاء بأنفسهم بعض الوقت – يفضل ألا يكون لمدة طويلة – وذلك للراحة من عالم يرونه لغزاً محيراً وغير مفهوم.

5-يجب أن نشغل الطفل المتوحد دائماً ونجعله على علاقة بالعالم من حوله

---

(1) ممدوحة محمد سلامة : الإرشاد النفسى من منظور إنمائى ، ط(2)، مطبعة الجامعة، الزقازيق، 1990، ص

(2)بهجت عبدالغفار موسى : كيف تساعد طفلك التوحدى " الأوتيستك " ؟ (النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين) عدد 47 ، 1990 ، ص ص 25-26.

بأى شكل من أشكال التواصل، وحتى الأطفال الصغار يمكنهم تعلم عمل شيئ أو تنفيذ مهمة بسيطة.

6-نظراً لأن إحساس هؤلاء الأطفال بالخطر ضعيف للغاية، فإنه يجب تعليمهم الاستجابة السريعة لأوامر النهى (توقف ولأ " بس " .. ألخ) وأحياناً يستلزم الأمر تعليمها بواسطة مانع مادى.

7-يجب ألا تعطى الفرصة للطفل المتوحد لأن يتجاهل التعليمات أو أن يرفض تنفيذها ويجب أن تكون الأوامر بسيطة وقصيرة وتعطى أثناء توجيه الطفل إلى أداء المهمة وعلى سبيل المثال فإن " أخرج " يجب أن يقال أثناء توجيه الطفل وقيادته إلى خارج المكان، أيضاً تجنب الأوامر المركبة من العديد من الكلمات فإنه يصعب على الطفل المتوحد فهمها وتؤدى إلى تشويشه وعجزه عن القيام بها.

8-يجب أن تحدد التوجيهات ما يجب على الطفل عمله بشكل قاطع ويحدد بحيث لا تترك أمامه أى خيارات أخرى، قل له مثلاً تناول غذاءك، لا تقل له هل ترغب فى الغذاء؟ أو هل تحب أن تأكل ؟

9-لا تفترض أن الطفل يفهم ما تقوله، فالكلمات يجب أن تدعم بالإشارات والتعبيرات المصاحبة بالوجه وأجزاء الجسم.

10-لا تحاول أن توفر كل احتياجات طفلك بمبادرة منك، بدلاً من ذلك دعه يحاول أن يقول أو يطلب ما يريده بأى صورة من الصور، ودعمه فوراً ومكافئه على محاولته للتواصل.

دور الأسرة تجاه أطفال الأوتيزم :

ساد اعتقاد لسنوات طويلة بأن أباء الأطفال التوحديين هم السبب فى سلوك الطفل التوحدى، وكان يتم استبعادهم بشكل نظامى ودائم من التدخل فى علاج الطفل أو التعامل مع أثناء قيام الأخصائيين بتجربة أنواع العلاج المختلفة ولم يعترف الأخصائيون بالدور الهام الذى يستطيع الآباء تأديته فى علاج أبنائهم بل -

ويجب عليهم القيام به – إلا منذ سنوات قليلة، ويرى الأخصائيون الآن أن الأبــاء إذا كانت توقعاتهم لأداء طفلهم فى المستقبل واقعية ومعقولة، متفهمــين لقــدراتهم مدركين لجوانب عجزهم، راغبين فى العمل معهم، فإنه سوف يمثل عوناً كبيــراً وعظيماً لا استغناء عنهم فى برامجهم التعليمية والتأهيلية[1].

لذلك أشارت " ساندرا هاريس " 1986 "Sandra Harris" إلى إمكانية التدخل المهنى مع نسق الوالدين لإحداث تغييرات مقصودة فى صور أدائهــم لأدوارهــم تجاه طفلهم التوحدى، بالإضافة إلى إمكانية تعاونهم مع المؤسسة للتخفيف أعراض السلوك اللاتوافقى لطفلهم التوحدى، وذلك من خلال مشاركة الوالدين فى البرنامج التدريبى لأسر الأطفال التوحديين بهدف تــأهيلهم ليــصبحا كمــدربين لطفلهمــا بالمنزل[2].

وبالرغم من تعرض أسر الأطفال التوحديين إلى مجموعة من الضغوط التــى تؤثر على أدائهم لأدوارهم تجاه الطفل التوحدى وأيضاً الإساءة فى معاملتهم لــه وبالتالى عدم التكييف مع احتياجات ومتطلبات أطفالهم.

إلا أن " جون ساندرس " وآخرون 1997 "Gohn Sanderss And Others " أشاروا إلى أن زيادة الضغوط التى تعرض لها أباء الأطفال التوحديين أدت إلــى زيادة اهتمامهم وتعدد صور الرعاية التى يقدمونها لأطفالهم مع استمرار محاولتهم للتعرف على أساليب المعاملة الصحيحة والبعد عن أى شكل من أشكال الإســاءة لهم وكيفية أداء أدوارهم تجاه الطفل التوحدى [3].

---

(1) بهجت عبدالغفار موسى: كيف تساعد طفلك التوحدى " الأوتيستك " ؟ مرجع سبق ذكــره ، ص ص 23-24.

(2)Sandra Harris : Parents As Teacher ,A four To Seven Years Follow Up Of Parents Of Children With Autism (Journal Citation : Child And Family Behavior Thearypy, Vol(8), N.(4) 1986) .

(3) Gohn, Sanders Et al : Family Stress Adjustment As Percieved By Parents Of Children With Autism Or down Syndrom – Implication For Intervention (Jornal Artical : Children Family Behavior Therapy, Vol(19).N(4) 1997).

وانطلاقاً من ذلك يتضح أن الأسرة تلعب دوراً هاماً وحيوياً فى رعاية الطفل التوحدى ويركز دور الأسرة على جانبين رئيسين وهما :

(أ) دور الأسرة فى عملية التشخيص :

تقوم الأسرة بدور رئيسى فى دعم عملية التشخيص لدى الطفل التوحدى بشكل كبير، باعتبارها البيئة التى تحتوى الطفل منذ الأيام الأولى من حياته وبالتالى كونها مصدراً هاماً للمعلومات عن وضع الطفل، وتطوره ونموه وسلوكياته وجوانب حياته المختلفة، كما تعتبر الأم أهم تلك المصادر باعتبارها التى تقضى معه أكثر الوقت مقارنة مع الأب أو أى فرد آخر فى الأسرة وبالتالى يتوفر لديها الوقت الكافى لملاحظته ومراقبته فى كل مراحل نموه المختلفة فقد تتكون لديها صورة وشعور عن تميز طفلها واختلافه عن غيره من الأبناء الآخرين[1].

وبالرغم من ذلك فإن تشخيص أعراض اضطراب التوحد لا يمكن التحقق منها حتى يصل الطفل إلى عمر الثلاث سنوات، ويرجع هذا إلى صعوبة اكتشاف الوالدين للتغيرات التى طرأت على طفلهما فى هذه السن المبكرة أو عدم معرفتهم بأعراض التوحد وأحياناً رفضهم قبول فكرة أن طفلهم يختلف عن أقرانه الطبيعيين وبالتالى يتأخر تشخيص حالة الطفل، وحصوله على صور المساعدة اللازمة، لذلك فإن إرشاد الأسر عامة بأعراض التوحد يعد أحد المحاور الرئيسية والهامة في توفير الرعاية للأطفال حيث يتيح التشخيص المبكر لحالة الأطفال التوحديين فرصة جيدة للتدخل العلاجي مع هؤلاء الأطفال مما يساعد بدوره عن تخفيف الضغوط الملقاة على الوالدين وتقلل من نسبة حدوث الإساءة فى المعاملة للطفل التوحدى [2]. واسترشاد بذلك يتضح أهمية دور الأسرة فى عملية التشخيص واكتشاف أعراض اضطراب التوحد لدى طفلهم.

---

(1) فضيلة توفيق الراوى ، أمال صالح حماد : التوحد " الإعاقة الغامضة "، مؤسسة حسن على بن على، الدوحة، 1999، ص 42.

(2) Evrinomy, Avdi and Other :Et al: Op. Cit, P. 327.

(ب) دور الأسرة فى عملية العلاج :

يعد استخدام أفراد أسرة الطفل التوحدى كمعالجين أحد الاتجاهات التى ينـــادى بها المهنيون ويرجع ذلك إلى إمكانية استكمال الوالدين لدور المؤسسة نظراً لقضاء الطفل وقت كبير يحتاج خلاله إلى استمرار تعديل سلوكه غير السوى أو إكـــسابه سلوكيات مرغوبة، كما أن جهود المؤسسة لا تأتى بثمارها دون العمل من جانب الوالدين على تثبيت تلك السلوكيات والمهارات التى يحاول الأخـــصائيين تلقينهـــا للطفل بالمؤسسة، يضاف إلى ذلك إمكانية تدريب عدد من الآباء فى نفس الوقـــت بما يسمح بزيادة فرص المشاركة والتعاون مع المؤسسة للعمل من أجـــل الطفـــل التوحدى، وحمايته من أى سلوك يسئ إليه.

لذلك أشار كل من ويليامز ويشارت "Willims and Winshart" 2003 إلى أهمية التدخل لمساعدة الطفل التوحدى من خلال الاعتماد على مشاركة الوالـــدين كمعالجين، كما أوضحاً طبيعة صعوبات التى تؤثر على مشاركة الوالدين والتـــى تمثلت فى عدم إلمام الوالدين بطبيعة المشكلات التى يعانى منها الطفل التوحـــدى واحتياجاته، وعدم معرفة الوالدين بمحددات أدوارهم ومتطلبات أداء تلك الأدوار، مع عدم توافر التدريب الملائم لهؤلاء الآباء فى ظل غياب التنسيق والتعاون بـــين جهود الوالدين وجهود الأخصائيين، كما قدمنا إطار مقترحاً لكيفية زيادة مـــشاركة الوالدين فى رعاية طفلهما التوحدى يتضمن ضرورة الوقوف على طبيعة العلاقة بين نسق الطفل التوحدى وأنساق الأسرة الفرعية، مع تقديم المعارف والمهـــارات اللازمة لأداء أسرة الطفل التوحدى لدورها، بالإضافة إلى تحديد الصعوبات التى تعوق أداء هذا الدور والعمل على مواجهتها مرحلياً [1]. لا تتراكم وتؤدى لـــسوء معاملة طفلهم التوحدى.

---

(1) Willims, Mr. Wishort, J : The San-Rise Program Intervention For Autism. An Investigation Into Family Experiences (Biblogiphic Citation: D-intall Ectdisabilres, Journal Of Intelleclual Disability Research, 2003.

6ـ نموذج حل المشكلة Problem Solving Model :

حل المشاكل هو أحد مجالات الحياة اليومية الأساسية، ويمكن أن تظهر المشكلة للفرد عندما يريد شخص ما أن يحقق هدف معين، ولكن كيف يتسنى تحقيق هذا الهدف في وقت لم يتضح فيه هذا الهدف، و هناك عقبة أو إعاقة تحول دون تحقيق هذا الهدف مباشرة.

وحل المشكلة يتم على مرحلتين أولهما هو التقديم العقلى أو الذهنى للمشكلة، والثانية هى تنفيذ العمليات المعرفية التى يتمخض عنها حل المشكلة ومرحلة التكوين العقلى للمشكلة رغم أنها تبدو خطوة إلى حد ما بسيطة أو سهلة، إلا أن التقديم الملائم للمشكلة ليس دائماً عملية سهلة (1).

وتقوم فلسفة نموذج حل المشكلة على فكرة تحليل السلوك الإنسانى، فى ظل التنظيم الاجتماعى، ليكون هناك فروض تقود العمل المهنى لحل المشكلة، مسترشداً بالنموذج ثلاثى المراحل (البداية- الوسط- النهاية) (2) .

على أن يدرك العضو طبيعة التفاعلات التى تتم بينه وبين الآخرين ومن بينهم الأخصائى الاجتماعى، ويتعدد إطار حل المشكلة فى ضوء قدرات عضو الجماعة وإمكانياته وحاجاته، لأنه طرف متفاعل ومؤثر فى حل المشكلة، بل يقع عليه العبء الأساسى بعد تدريبه، ويعتمد هذا النموذج على أن العلاقة المهنية ليست من طرف واحد، وإنما هى علاقة متبادلة تتميز بالوضوح المتبادل مع كونها ليست علاقة متكافئة(3). كما يرى النموذج أن المشكلة هى حلقة فى سلسلة من حلقات الإشكالية، وأن المؤسسة هى المكان الملائم لمساعدة أعضاء الجماعة، فى إطار

---

(1) Clive R. Hollin: Contemporary Psychology: An introduction Taylor& Francis, london, 1995 P.P.: 56-57.

(2) Lawrence: the skills of Helping Individual and group Library of Congress U. S. A. 1984, P. P. 4-10.

(3) على حسين زيدان: نماذج ونظريات معاصرة فى الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، مكتبة التجارة والتعاون، القاهرة، 1997، ص84.

من عملية المساعدة القائمة على التفاعل بين الأخصائى الاجتماعى وأطراف الموقف[1].

أ-أهداف عملية المساعدة فى نموذج حل المشكلة:

يتحدد الهدف الرئيسى فى مدخل حل المشكلة فى مساعدة الأعضاء أو الأسر على التعامل مع مشكلة الإساءة الوالديه والتى يجدون صعوبة معها، وذلك بطريقة تعمل على الوصول إلى أقصى استخدام ممكن لجهودهم، وكفاءتهم، واختياراتهم، ولما كان الهدف من هذا النموذج هو مساعدة العضو والد أو والدة الطفل المساء إليه لمواجهة المواقف التى يشعر فيها بالعجز أمام مواجهتها فإن هذا المدخل يركز على التعامل مع جوانب معينة من شخصية الأب أو الأم المسيئين والتى لها علاقة بحدوث الإساءة لطفلهما، كما يركز هذا المدخل على الأشخاص الآخرين المحيطين بالآباء والأمهات المسيئين وأيضاً يركز على الظروف التى تؤثر على شبكة أدوار هؤلاء الآباء والأمهات، وتستمد تلك الأهداف منطقيتها من عدد من الاعتبارات أهمها ما يلى[2].

1-تحقيق المزيد من الرضا والتوافق مع الحياة الذى يرغب الأب أو الأم فى تحقيقه مما يخفف من معدلات الإساءة والإهمال.

2-أن الآباء والأمهات يرغبوا فى تحقيق هذا الهدف بأسرع ما يمكن، وبالتالى فلابد من اختصار الوقت الذى يتم من خلاله عملية المساعدة، حتى يمكن التخفيف من الآثار الناجمة عن الإساءة لطفل الأوتيزم وذلك عن طريق تحديد أهداف يمكن تحقيقها على المدى القريب.

3-تحقيق الوقت القصير نسبياً لعملية المساعدة أهداف كل من الأخصائى الاجتماعى وأعضاء الجماعة.

---

(1) جلال الدين عبد الخالق: الملامح المعاصرة للموقف النظرة فى طريقة العمل مع الحالات الفردية، مطبعة سامى ، الإسكندرية، 1998، ص 121.

(2) المرجع السابق، ص 12.

2ـ الخصائص الأساسية لنموذج حل المشكلة(1):

يمكن تحديد الخصائص الأساسية لنموذج حل المشكلة على النحو التالى:

أ-يرى النموذج أن الإنسان نتاج العوامل الموروثة والخبرات المتراكمة وأنه قابل للتغيير وتعديل سلوكه طالما أنه فى حالة تفاعل مستمر مع البيئة المحيطة كما يعطى الاهتمام الأكبر لمستقبل الإنسان.

ب-ينظر للوالدين على أنهما يمارسان عمليات مستمرة للتخفيف من معدلات حدوث الإساءة وحل المشكلة ومحاولة التوفيق بين رغباته وحاجاته وظروفه وبين إمكانيات وقدرات الطفل المصاب بالأوتيزم المتبقية لديه، كما يمكن للوالدين فى ظل هذا النموذج أن يتعلما بعض الطرق المؤثرة والمرضية فى أساليب التعامل مع طفلهم المتوحد، وهما فى ذلك (الوالدين) فى حاجة للمساعدة على إدراك رغباتهما الداخلية وحاجاتهما، وإدراك الحقائق والواقع الخارجى فيما يتعلق بظروف طفلهما وظروف إعاقته.

جـ-يؤكد النموذج على ضرورة إشراك الوالدين فى عملية صنع القرار وحل المشكلة (الإساءة الوالدية)، والكفاءة فى خلق التزامات عامة للوالدين، ويمنحا أدواراً فاعلة فى القرارات التى تتعلق بكيفية معاملتهما لطفلهما وأسلوب الرعاية، ويقدمون وأساليب طيبة بعيدة عن القسوة والإهمال والعنف، ويظهرون كفاءتهم (الوالدين) ويبلغون رضاهم بالعمل الموكل إليهم (2).

خطوات نموذج حل المشكلة :

إن عملية حل المشكلة توجه الأخصائى الاجتماعى المسئول على أن يفكر بحرص قبل التدخل أو التحرك للعمل، كذلك تقدم مجموعة موجهات كيفية التفكير

---

(1) ناهد عباس حلمى: نحو مدخل الممارسة فى المجال الأسرى "تدريب الأسرة على استخدام مهارات حل المشكلة فى خدمة الفرد"، بحث منشور، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد الثامن، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، إبريل، 2000، ص ص: 177-178.

(2)Phili Zimbardo Et al: Psyhology A European Text, Harper, Collins, London 1995, p.p: 350: 351.

بعناية، هذه العملية تتضمن عدة خطوات أساسية :

1-جمع معلومات من جميع المصادر المتصلة بالمشكلة.

2-تقدير المعلومات.

3-تحديد المشكلة.

4-التخطيط للعمل.

5-تحرير عقد واضح للعمل بين الأخصائى والعميل.

6-تنفيذ خطة العمل.

7-تقييم النتائج.

8-الإنهاء فى الوقت المناسب.

وينبغى على الأخصائى أن يتذكر دائماً أن يستخدم هذه العملية بعناية وبأسلوب خاص يتلائم مع الوحدة التى يتعامل معها(1).

اهتمت العديد من الدراسات التى طبقت على الأطفال التوحديين بالأساليب العلاجية للحد من الآثار المترتبة على اضطراب التوحد، وذلك بهدف تعديل أحد السلوكيات غير المرغوب فيها والتى تصدر عن هؤلاء الأطفال التوحديين، أو محاولة إكسابهم سلوك ملائم لمواقف الحياة اليومية، أو من أجل مساعدتهم على التفاعل والاندماج مع الآخرين.

وسوف يتعرض الباحث للأسس الفلسفية العامة والأسس العامة للبرامج الموجهة للأطفال التوحديين كالتالى :

الأسس الفلسفية العامة للبرامج الموجهة للأطفال المصابين بأعراض التوحد :

انبثقت الفلسفة التربوية لهذه البرامج من أن كل طفل قابل للتعلم مهما كانت ظروفه ، وأن كل من واجبات (المعلمة / المشرفة) العمل على تحديد الأساليب

(1) Mary Ann Suppes Carolyn Cressy Wells : The Social Work Experience, An Introduction To Social Work And Social Welfare (U.S.A : Mcgraw – Hill Copmanies, 3rd Edition, 2000. P.11 .

والطرق التربوية التى تلائم مستوى كل طفل على حدة وتمكنه من الوصول إلى المستوى الذى تسمح به قدراته واستعداداته وميوله الخاصة وبالسرعة التى تتناسب مع هذا المستوى [1].

كما أن من أهم الأساليب المستخدمة فى هذه البرامج الأساليب المستوحاة من نظريات التعديل السلوكي والتى أثبتت فاعليتها وملاءمتها للأطفال المصابين بأعراض التوحد .

الأسس العامة للبرامج الموجهة للأطفال المصابين بأعراض التوحد :

إن الإصابة بأعراض التوحد تعتبر إعاقة ممتدة على مدى الحياة وليس لها علاج معروف حتى الآن، ويستمر الأشخاص المصابون بأعراض التوحد يعانون من الأعراض حتى مرحلة الرشد سواء أكان مستوى الأداء لديهم مرتفع أو منخفض، فهم يتصفون بالانسحاب الاجتماعى، واستخدام الألفاظ ذات الوتيرة الواحدة باختصار ينظر إليهم دائمًا على أنهم مختلفون .

وغياب العلاج لا يعنى أن الأفراد المصابين بأعراض التوحد لا يظهرون التقدم أو التحسن ، فمعظم الخبراء فى مجال الاضطراب التوحدى يؤكدون على أن التدريب والتعليم هما مفتاح التحسن وأن الغالبية العظمى من الأفراد المصابين بأعراض التوحد يكتسبون بالفعل المعلومات بشكل جيد حيث أن التدريب والتعليم لا يتطلب مهارات سابقة كثيرة ويتدخل بشكل مباشر فى مجالات الضعف والنقص عند الطفل[2].

ولكن هذا التقدم لا يحدث بالمصادفة، فالتقدم ينتج عن أساليب التفاعل والبرامج التدريبية المصممة بعناية، ومقصودة وثابتة، وتمكن الطفل من التنبؤ وفهم العلاقة بين سلوكه وما ينتج عنه.

---

(1) LeBlanc, :.A & Nlatson, J.L: A Social Skills Training Program For Preschoolers with Developmental Delavs: Generalization and social Validit Behavior Modification, Vol. (19), No. (2), 234-246 , Apr 1995 .
(2) Simpson & Regan : Op. Cit., P. 1012.

وكما هو الحال بالنسبة للبرامج التربوية الموجهة للأطفال بشكل عام وتصمم البرامج التربوية الموجهة للأطفال المصابين بأعراض التوحد لتكوين معارف عن العالم المحيط ، والتعود على التعامل مع الحقائق والمعلومات وبناء أسس العلاقات الاجتماعية السليمة وأساليب حل المشكلات وذلك وفقاً لتقييم دقيق ومتفهم عن مجالات القوة والقصور لديهم والظروف البيئية المحيطة وطبيعة النمو الإنسانى[1].

وقد نتج عن تلك الدراسات مجموعة من الأساليب العلاجية التى تهتم بتنمية قدرات الطفل التوحدى أو الحد من سلوكياته الغير مرغوبة والتى أشار بعضها إلى العلاج الطبى كأحد الخيارات المتاحة لدى أسر الأطفال التوحديين كما أشار البعض الآخر من تلك الدراسات إلى البرامج التأهيلية للأطفال التوحديين المطبقة من خلال المؤسسات أو الوالدين أو كلاهما معاً. وفيما يلى عرض لبعض تلك الأساليب العلاجية التى تمارس فعلياً أو التى أثبتت الدراسات فعاليتها وأوصت بتطبيقها ويمكن توضيحها على النحو التالى:

(1) العلاج الطبى :

تشير نتائج الدراسات " **عثمان لبيب فراج** 2002 " ، واتفق معه كل من " حسن مصطفى عبدالمعطى 2001 " ، " عمر بن الخطاب خليل 2001 " بأنه لا يوجد من تلك العقاقير ما هو فيه شفاء ناجح لحالات التوحد، ولكن هناك فقط ما يخفف من حدة بعض الأعراض أو يساند أو يسهل عملية التعليم أو يحد من النشاط الزائد أو السلوك العدوانى أو يهدئ من ثورات الغضب او من السلوكيات النمطية[2].

لذلك فإن الافتراض التشخيصى الدقيق المبنى على المعلومات من كل المصادر المحيطة بالطفل التوحدى والمعنيين به يكون مهم إذا ما أردنا للعلاج أن يكون فعالاً، كما يحذر " تانيتم 1991 " من أن كل العقاقير يكون لها آثار جانبية مختلفة

---

(1) Simpson & Regon , Op Cit , P 915 .

(2) عثمان لبيب فراج : الإعاقة الذهنية فى مرحلة الطفولة تعريفها – تصنيفها – أعراضها – تشخيصها – أسبابها – التدخل العلاجى ، مرجع سبق ذكره ، ص ص 83-84.

على الأفراد وتحتاج إلى مراقبة جيدة، وقد تكون مخاطرها إضافية، فعلى سبيل المثال بعض هذه العقاقير يقلل من تغييرات الوجه وبالتالى يتصل ذلك بالصعوبات الاجتماعية التى يعانى منها ذوى التوحد(1).

لذلك عند تقديم العلاج الدوائى الذى يهدف إلى تعديل سلوك شخص يعانى من التوحد، يجب أن تقارن المخاطر بالمميزات، ويجب أن تفوق مميزات العلاج الدوائى مخاطرة، فبعض الحالات الدوائية قد تحمل خطر تدمير الجهاز العصبى لدى الأشخاص التوحديين يكون شديد الحساسية، وبعضهم قد يتطلب علاج دوائى بجرعة أقل من الشخص ذو الجهاز العصبى الطبيعى، كما أن هناك تفاوت من حالة لأخرى والمبدأ الأساسى هو موازنة الفوائد مع الأخطار واستعمال تقييم حيادى مع جميع أنواع العلاج الدوائى التى تستعمل من أجل تحسين سلوك الطفل وتنمية اللغة لديه(2).

(2) البرامج التأهيلية :

تشير العديد من الدراسات إلى أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب التوحد يتجاوبون جداً مع البرامج التأهيلية المصممة لتنمية قدراتهم للحد من السلوكيات غير المرغوب فيها لديهم، وعلى هذا الأساس تسعى البرامج التأهيلية المتبعة مع هذه الفئة من الأطفال إلى تحقيق هدف رئيسى يتمثل فى تنمية قدراتهم فى إطار محاولات الفريق العلاجى لتعديل سلوكهم، وقد تعددت المحاولات لتقديم برامج تأهيلية أكثر فاعلية، ولذلك ظهرت العديد من البرامج التاهيلية المعدة للأطفال التوحديين وتختلف هذه البرامج فيما بينها تبعاً لأهداف كل برنامج والإجراءات المتبعة لتحقيقه والأساليب المهنية التى يستند إليها، وفيما يلى عرض لبعض البرامج التأهيلية التى يتم تطبيقها مع الأطفال التوحديين.

---

(1) محمد على كامل : من هم ذوى الاوتيزم ، مكتبة النهضة المصرية، ط (1)، القاهرة، 1998، ص193.

(2) عمر بن الخطاب خليل : الأساليب الفعالة فى علاج التوحد ،مرجع سبق ذكره ، ص35.

أ) برنـــــامج لوفــــاس للطفـــــل التوحـــــدى الـــــصغير (Young Autisticprogram)[1]:

هو برنامج تعليمى للتعديل السلوكى للطفل التوحدى فى مرحلة ما قبل المدرسة يستهدف من خلال أنشطة تعليمية مركزة لتنمية قدراته وتعديل سلوكياته واكتسابه للمهارات الأساسية اللازمة للحياة اليومية من إعداد الخبير التربـــوى "Lovaas" بجامعة لوس أنجلوس. والبرنامج معد للاستخدام بواسطة الوالدين فى المنـــزل أو المدرس فى المدرسة ويستغرق عامين على أقل تقدير من العمل مع الطفل بمعدل (40ساعة) بعض الحالات قد يستمر العمل به سنتين أو خلال المرحلة الابتدائيـــة متطلباً تدريباً مركزاً للأبوين أو المدرس على استخدامه قبل بدء تنفيـــذه، ولـــذلك تعتبر طريقة مكلفة للغاية أكثر من غيرها وذلك عند مقارنتها بالطرق الأخرى.

ويركز برنامج "لوفاس" على تنمية مهارات التقليد كأولوية أولى حيـــث يبـــدأ المدرس بتدريب الطفل على تقليد الحركات ثم الأصوات ثم اكتـــساب الخبـــرات والمهارات الأكثر تعقيداً مثل المطابقة مع نموذج معين Mathing وتقليد نطق أو كتابة الكلمات والجمل والأرقام، وهى مهارات بدورها أساسية لاكتساب واستخدام المهارات الاجتماعية والتواصل فى المواقف الاجتماعية الطبيعية.

ويدعو " لوفاس " فى منهجه التعليمى إلى أهمية التطبيـــق العلمـــى للأنـــشطة التعليمية فى المواقف الطبيعية فى المدرسة وفـــى مواقـــع الأحـــداث والأنـــشطة المدرسية خارج المنهج وفى المجتمع.

ب) برنامج سبل (Spell)[2]:

يتناول هذا البرنامج حاجة الطفل التوحدى إلى الاستمرارية والنظام فى حياته، حيث يحتاج الطفل إلى القدرة على توقع الأحداث، ويجب تكييف البيئة حوله مـــن

---

(1) عثمان لبيب فراج:برامج التدخل العلاجى والتأهيلى لأطفال التوحد(5)عرض لبعض البرامج التعليمية المنشورة لأطفال التوحد (النشرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، عدد 72 ، 2002) ص2.

(2) عمر بن الخطاب خليل : الأساليب الفعالة فى علاج التوحد ، مرجع سبق ذكره ، ص ص 43-44.

أجل تخفيض عناصر القلق، ثم تطوير هذا البرنامج من أجل الحد من مؤثرات التوحد المعوقة عن طريق توفير منهج شامل ومتوازن يقدم مساعدة إضافية في مجالات الإعاقة، وكلمة Spell هى اختصار لكل من "Structure" هيكل "Positire" إيجابى "Empathetics" متعاطف "Law arousal" حد أدنى من اليقظة "Links" روابط، وفيما يلى عرض الاعتبارات التى يستند إليها البرنامج :

هيكل : يساعد الهيكل فى التنظيم، وفى محاولة توفير بناء أكثر أماناً عن طريق إزالة أو الحد من الأحداث غير المتوقعة.

إيجابى : الإيجابية والتوقع المعقول (لا يكون عالياً يسبب القلق والتوتر ولا منخفضاً فيسبب الملل) ويهدف إلى تنمية شعور الطفل بالثقة فى النفس وتقدير الذات عن طريق تصميم برامج تعليمية للتدخل مع الطفل التوحدى وتنمية نقاط القوة لديه إلى أقصى درجة.

متعاطف : النظر إلى العالم من وجهة نظر الطفل والمتفردة ومحاولة فهم إدراكه لها يتطلب تعاطف من جانب المعلم واستعمال مهارات المعلم فى تصميم برنامج خاص يبدأ من نقطة البداية الخاصة بالطفل.

حد أدنى من اليقظة : من المهم جداً توافر حد أدنى من التنبيه عند الوالدين والوعى بالمرض من أجل تنظيم فرصة الطفل فى الالتحاق بالتعليم العادى.

ج) البرنامج التعليمى الفردى (Individual Education Program)(1):

يمكن تعريف البرنامج التعليمى الفردى على أنه برنامج تعليمى خاص ثم إعداده على افتراض أن لكل طفل توحدى احتياجات تعليمية خاصة به ومستويات نمو متباينة لقدراته المستخلفة أو بالأحرى أن له صورة Profile خاصة به تعكس مشكلاته واحتياجاته والعمر العقلى لمستويات نمو كل قدرة من قدراته بالنسبة

---

(1) عثمان لبيب فراج : برنامج التدخل العلاجى والتأهيلى لأطفال التوحد (1)، النشرة الدورية لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين، عدد 68، ديسمبر 2001، ص 7.

لعمره الزمنى، هذا البروفيل يعد بناء على قياس وتقييم دقيق لتلك القدرات يقوم بإجرائه فريق عمل بالمؤسسة ليكون أساساً لتخطيط برنامج التعليم الفردى للطفل.

يتم تصميم هذا البرنامج فى ضوء [1]:

1ـ**التوقعات المبدئية بعيدة المدى** : وهى غالباً ما تعكس آمال الأسرة وما يتمنون تحقيقه لطفلهم مستقبلاً، كما يعكس توقعات فريق العمل فى ضوء التكهن بالاتجاه الذى سيأخذه اضطراب التوحد ونتائجه المستقبلية وفى ضوء المعلومات المتوفرة خاصة عن تلك الإعاقة.

2ـ**أهداف متوسطة المدى** : تشير إلى التقدم الذى يمكن توقع تحقيقه فى فترة زمنية محدودة 3 – 10 شهور وتصاغ هذه الأهداف على أساس نتائج تقييم الوضع الحالى للطفل وبالتالى يحدد الهدف إلى أى مستوى نريد توصيل الطفل إليه.

3ـ**أهداف مرحلية لجهود المدرب** : تسمح الأهداف المرحلية بإجراء عمليات تقييم مراحل التنفيذ والمتابعة أول بأول بما يسمح بإدخال أى تعديل مطلوب فى الهدف المبين قد تكشف عنه نتائج هذا التقييم، ويشترط فى هذه الأهداف الواقعية واحتمال تحقيقها لنتائج ناجحة، وتوافق متطلبات تنفيذ الأهداف المرحلية مع بناء ومحتوى وتجهيزات المؤسسة، وتوافق القيمة الوظيفية لمجموعة الأهداف مع احتياجات الأسرة وما تتمنى تحقيقه من البرنامج التعليمى الفردى فى المرحلة الحالية والمستقبل القريب.

لذلك أوصت بعض الدراسات التى تناولت هذا البرنامج بضرورة تحديد السلوكيات المرغوب إكسابها للطفل، والتى يستهدفها برنامج التعليم الفردى وأن تتضافر كل من جهود الأسرة والمعالجين المتخصصين لتنفيذ هذا البرنامج، كما أشارت تلك الدراسات إلى وجود فئات من المهارات التى يمكن أن تختار فيما

---

(1) المرجع السابق : ص ص 12 : 15.

بينها بما يلاءم الطفل التوحدى وقدراته، على أن يتم تطبيق تلك المهـارات مـع الطفل التوحدى خلال العام الأول بالتركيز على الجهود المعينـة للمتخصـصين وبمساعدة الأسرة قبل أن ينتقل البرنامج إلى مرحلة الاعتماد على جهود الأسـرة بصورة رئيسية وذلك عند مساعدة الطفل التوحدى [1].

د) برنامج معالجة وتعليم الأطفال التوحديين (TEACCH):

Treatment And Education Of Autistic And Related Communication Handicapped Children.

وهو من إعداد "E.schopler" في مدينة "Chapel hill" الأمريكية وقد بدأ هذا البرنامج فى أوائل السبعينات من القرن الماضى لعلاج أطفال التوحـد وإعاقـات التواصل، وتقديم المساعدة لأسرهم فى قسم علم النفس بجامعة نـورث كارولينـا الأمريكية ولتدريب العاملين والباحثين فى ثلاث مجالات : التربية والتعليم، الآباء والأمهات مع الطفل فى المنزل، ومساندة مؤسسات المجتمع لتوفير الجو الصحى والنفسى السائد لأسر وأطفال التوحد.

ويعتمد البرنامج (TEACCH) فى صياغة أهدافه ومحتواه علـى المبـادئ التالية :

-الغرض الأساسى من التدخل العلاجى هو تحقيق توافق الطفل عن طريق عرض وتحسين مهارات الشخصية ومعالجة نواحى القصور التـى يفرضـها عليه التوحد.

-إجراء عمليات التقييم الرسمى وغير الرسمى (الذى يتطلبه إعداد برنـامج تعليمى فردى) لقدرات ومهارات الطفل عن طريق استخدام أداة القياس توحـد الطفولة (CARS).

---

(1) Kimberly Schrech : It Can Done-An Exmple Of a Behavioral Individualized Education Program (IEP) For a Child With Autism (Journal Article : Behavioral In Terventions, Vol (15), No(4) , 2000.

-يعطى البرنامج للعلاج المعرفى والسلوكى أولوية عالية.

-يركز البرنامج على تقبل نواحى القصور والعمل علـى معالجتها عـن طريق تنمية المهارات الأساسية ولا يتعامل البرنامج مع جانب واحد كاللغة أو التواصل الاجتماعى ولكنه يقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل.

-استخدام الوسائل البصرية لدعم أنشطة التدريس لزيادة فاعليتها ومعالجـة القصور فى إدراك وتفاعل طفل التوحد مع المثيرات السمعية(1).

وفى ضوء ما سبق عرضه من برامج تأهيلية للأطفال التوحديين يتضح أنـه مهما اختلفت وتعددت تلك البرامج إلا أنها تعتمد بصفة أساسية على ثلاث محاور رئيسية وهى:-

أولاً : حالة الطفل وقدراته ودرجة تأثير اضطراب التوحد على نموه وتفاعله مع الآخرين.

ثانياً : مدى وعى الأسرة بقدرات طفلهـا ومـدى قابليتهـا للتعـاون مـع المتخصصين لتنمية قدرات طفلها والحد من الآثار السلبية لاضطرابات التوحد.

ثالثاً : مدى توافق برامج وإمكانيات المؤسسة مع احتياجات الطفل والأسرة.

ولضمان نجاح أى من تلك البرامج فـى تحقيـق أهـدافها يجـب أن يتـسم بالموضوعية والشمولية وأن يتضمن المحاور الثلاثة سابقة الذكر، بـل يجـب أن يوضع البرنامج فى ضوء ما تشير إليه تلك المحاور.

كما يجب أن يتصف البرنامج بالمرونة والقابلية للتعديل وفقاً لما يتم التوصل إليه من نتائج تتعلق بكل من التقييم المرحلى لنمو الطفل وقدراته وأيـضاً تقيـيم جهود الأسرة والمؤسسة، كما يجب أن يحدد البرنامج صور التعزيزات الإيجابيـة

---

(1) عثمان لبيب فراج : برامج التدخل العلاجى التأهيلى لأطفال التوحد (5) ، عرض لبعض البـرامج التعليمية المنشورة لأطفال التوحد ، مرجع سبق ذكره ، ص ص 4-5.

عند نجاح الطفل فِي تدريباته، وأيضاً يجب أن يحدد كيفية الحد مــن الــسلوكيات غير المرغوب فيها والتي قد تؤدى إلى الإساءة إليه من قبل والديه وباقى أفــراد الأسرة وأخيراً يجب أن يصمم البرنامج فى ضوء الانتقال التدريجى من مهارة إلى أخرى ومن البيئة الداخلية " المنزل " إلى البيئة الخارجية " المؤسسة والمجتمــع " وذلك وفقاً لقدرات الطفل التوحدى ومستويات تقدمه.

الفصل الخامس
الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً: نــوع الدراســة

ثانياً :منهــج الدراســة

ثالثاً : حدود الدراســة

رابعاً: أدوات الدراســة

خامساً: المعالجة الأخصائية

يختص هذا الفصل بالإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، حيث ناقش منهج الدراسة الذى استخدمه الباحث، إضافة إلى وصف مجتمع وعينة الدراسة وتحديده مع عرض خصائص أفراده، كما يستعرض كيفية بناء أدوات الدراسة، والإجراءات التى استخدمها للتحقق من صدقها وثباتها.

أولاً: نوع الدراسة :

لتحقيق أهداف هذه الدراسة اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفى الذى يعتبر الأسلوب الأمثل فى دراسة مجالات الظواهر الإنسانية والطبيعية المختلفة، حيث أن هذا المنهج يهتم بتوفير أوصاف دقيقة للظاهرة المراد دراستها من حيث طبيعتها ودرجة وجودها فقط، وهذا النوع من البحوث الوصفية يتم بواسطة أخذ استجابات جميع أفراد مجتمع البحث أو عينة كبيرة منه (1).

ولا يقتصر المنهج الوصفى على وصف الظاهرة وجمع المعلومات والبيانات، بل لابد من تصنيف المعلومات والبيانات وتنظيمها والتعبير عنها كمياً وكيفياً بحيث يؤدى ذلك إلى فهم علاقات هذه الظاهرة مع غيرها من الظواهر، والهدف من تنظيم المعلومات والبيانات مساعدة الباحث* على التوصل إلى استنتاجات وتعميمات تساعد وتساهم فى فهم الواقع وتطويره (2).

ثانيا: منهج الدراسة :

اتبع الباحث فى الدراسة الحالية منهج المسح الاجتماعى، حيث أنه منهج لجمع بيانات عن جماعة معينة من حيث ظروفهم المعيشية ومناشطهم وتكوينهم الاجتماعى كما أنه يهتم بالجانب العلمى إذ يحاول الكشف عن الأوضاع القائمة لمحاولة النهوض بها (3) والدراسة الحالية تهتم بوصف خصائص مفردات البحث

---

(1) صالح بن حمد العساف:المدخل إلى البحث فى العلوم السلوكية،مكتبة العبيكان،الرياض، 2003، ص 89.

(2) ذوقان عبيدات، عبد الرحمن عدس وآخرون: البحث العلمى، مفهومه، أدواته، أساليبه، ط5، دار الفكر للطباعة، عمان، الأردن،1996، 223-224.

(3) عبد الباسط حسن: أصول البحث الاجتماعى، مكتبة وهبة، القاهرة، 1980م، ص13.

من خلال (النوع- السن- المؤهل الدراسى- مدة الخبرة- المناهج الدراسية) وكذا التعرف على مظاهر الإساءة الوالدية تجاه طفل الأوتيزم والعوامل المؤدية لها.

ثالثا: حدود الدراسة :

يمكن القول بأن نتائج هذه الدراسة قد تتأثر إلى درجة ما بثلاثة أنواع من الحدود وهى: حدود زمنية، حدود مكانية، حدود بشرية.

1-الحدود الزمنية:

اقتصرت الحدود الزمنية على الفترة التى تم خلالها جمع البيانات من مجتمع الدراسة، من خلال تصميم أدوات جمع البيانات وتحليلها وتفسيرها فى الفترة من 2010/3/5 إلى 2010/12/9.

2-الحدود المكانية (مجتمع الدراسة):

اقتصر تطبيق أدوات الدراسة على المؤسسات الاجتماعية التى ترعى أطفال الاوتيزم بمحافظة كفر الشيخ (*).

3-الحدود البشرية (عينة الدراسة):

اقتصرت عينة الدراسة على عينة من (43) أخصائى/ وأخصائية/ اجتماعى فى المؤسسات التى يوجد بها أطفال الاوتيزم، وكذلك على عينة من الأباء والأمهات عدد (164)، وتم استبعاد الذين حصلوا على نسبة 50% فأقل على قائمة تقدير مظاهر الإساءة الوالدية وعددهم (40)، وبذلك اصبح العدد النهائى لعينة الوالدين قدرها (124).

رابعا: ادوات الدراسة :

أ- **وصف أدوات الدراسة:** استخدم الباحث فى دراسته أربعة أدوات لتحقيق أهداف الدراسة وذلك على النحو التالى:

(*) مدرسة التربية الفكرية بكفر الشيخ، مدرسة التربية الفكرية بدسوق، مدرسة التربية الفكرية بقلين، مؤسسة متعددى العاهات الخادمية، مدرسة التربية الفكرية بالزعفران، مدرسة التربية الفكرية بالحامول، مؤسسة التثقيف الفكرى بإسحاقة، جمعية الإرادة لرعاية الفئات الخاصة.

ا-استمارة استبيان لوصف الأساليب التى يستخدمها الأخصائيين الاجتماعيين لمواجهة الإساءة الوالدية لطفل الاوتيزم.

خطوات بناء استمارة الاستبيان:

-لاعداد استمارة الاستبيان قام الباحث بزيارة لعدد من المؤسسات الخاصة بأطفال الاوتيزم، بالإضافة إلى مقابلة بعض العاملين والمختصين بهؤلاء الأطفال للتعرف على مشكلاتهم والتى يمكن أن تحتويها استمارة الاستبيان.

-الإطلاع على العديد من المقاييس والاستبيانات التى تعرضت لمظاهر الإساءة الوالدية لأطفالهم وذلك للتعرف على الأبعاد التى يمكن أن تتضمنها الاستمارة من فقرات وعبارات وأساليب منها:

1-مقياس الاتجاهات الوالدية السالبة نحو متعددى الإعاقة.

(**اعداد جمال شكرى** 1995م).

2-استبانة مقومات التعايش مع الإعاقة والضغوط النفسية الناتجة عنها

(**إعداد جمال خطيب وآخرون**1996م).

3-المقياس الشامل للأداء الأسرى لوالدى الطفل المعاق.

(**جمال الخطيب ومنى الحديدى**: 1996م).

4-مقياس المشكلات الأسرية لأسر الأطفال المرضى بالاكتئاب النفسى.

(**إعداد سلامة منصور**: 1997م).

5-مقياس الاستجابات الوالدية نحو الطفل المعوق عقلياً.

(**إعداد**: **إسماعيل مصطفى**: 1997م).

6-مقياس المعاملة الوالدية للأطفال الأوتيزم.

(**إعداد سلامة منصور**: 2000م).

7-قائمة ردود الأفعال النفسية لوالدى الطفل التوحدى.

(**إعداد نادية أبو السعود**: 2002م).

8-صحيفة استبار لمشكلات أسر الأطفال التوحيديين.

(**إعداد محمد مصطفى**: 2002م).

-توصل الباحث إلى شكل الاستمارة فى صورتها الأولية وتضمنت الأبعاد التالية:

أ-البيانات الأولية للمفحوصين من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع أطفال الاوتيزم.

ب-بيانات تتعلق بالعوامل المؤثرة على الأداء المهنى للأخصائيين الاجتماعيين، وبيانات تتعلق بالأساليب التى يستخدمها الأخصائيين مع الوالدين لمواجهة مشكلات إساءتهم لأطفال الاوتيزم ومدى تعاون الوالدين مع الأخصائيين، كذلك بيانات تتعلق بالمعوقات التى تواجه الأخصائيين فى مساعدة الوالدين المسيئين لأطفالهم الأوتيزم (ومنها مايتعلق بمعوقات راجعة للأخصائيين أنفسهم- ومنها ما يتعلق بظروف العمل داخل المؤسسة، وكذلك معوقات ترجع لجماعات الآباء) واشتملت على عدد (30) سؤال.

-تم عرض استمارة الاستبيان بصورتها الأولية على المتخصصين العاملين فى مجال الاوتيزم، وكذلك الأساتذة المتخصصين فى الجامعات، وذلك بغرض أخذ آرائهم فيها والتحكيم عليها كنوع من أنواع الصدق وهو (صدق المحكمين) (*).

-بعد عرض استمارة الاستبيان على المحكمين كانت آرائهم على فقرات الاستمارة بالحذف أو الإضافة أو التعديل على النحو التالى:

-تم تعديل عنوان الاستمارة إلى "استمارة استبيان لوصف الأساليب التى يستخدمها الأخصائيين الاجتماعيين لمواجهة الإساءة الوالدية لطفل الاوتيزم".

-تم تعديل توزيع عينة الدراسة تبعاً للسن إلى:

1- أقل من 30 سنة	**2- من30 - 35 سنة**
3- من 36 - 45 سنة	**4- من 46 سنة فأكثر**

-تم تعديل توزيع عينة الدراسة تبعاً للخبرة إلى:

(*) استمارة الاستبيان فى صورتها الأولية، ملحق رقم (3،1).

ا- أقل من 5 سنوات **2- من 5 - 10 سنوات**

3- من 11 - 15 سنة **4- من 16 - 20 سنة**

5- من 21 سنة فأكثر

-**تم حذف كلمة (إساءة) فى إجابة السؤال رقم (6).**

-**تم إعادة صياغة السؤال رقم (8) إلى:** مدى ملائمة المحتوى الأكاديمى لاعداد الأخصائيين العاملين مع أطفال الاوتيزم، وكذلك تعديل إجابة السؤال إلى:

أ- ملائمة **بـ ملائمة إلى حد ما**

جـ غير ملائمة

-**تم إعادة صياغة السؤال رقم (9) إلى:** ما أسباب عدم ملائمة المحتوى الاكاديمى للأخصائيين الاجتماعيين.

-**تم حذف الفقرة (أ) من السؤال رقم (16)، وتعديل باقى العبارات إلى:**

أ-التعرف على السلوكيات الوالدية المسيئة لأطفال الأوتيزم.

ب-اكتساب القدرة علىّ التعامل مع الوالدين المسيئين لأطفالهم.

جـ-التدريب على مهارات تعديل السلوك الخاطئ للوالدين المسيئين لأطفالهم.

د-التعرف على الآثار السلبية الناتجة عن إساءة الوالدين لأطفالهم.

-**تم إعادة صياغة فقرات السؤال رقم (17)إلى:**

أ-لا تلبى الدورات احتياجات الأخصائيين من المعارف والمهارات.

ب-القائمين على هذه الدورات غير متخصصين.

جـ-بعد المعارف المقدمة عن واقع العمل الفعلى.

د-انعقاد الدورات بصورة غير منتظمة.

هـ-ضيق الوقت المخصص لهذه الدورات.

-**تم حذف الفقرات رقم (د)، (ح) من السؤال رقم (20) وإعادة صياغة باقى الفقرات إلى:**

أ-توعية الوالدين لبعض السلوكيات التى يصدرها طفل الاوتيزم.

ب-توعية الوالدين بالآثار السلبية الناتجة عن إعاقة الأوتيزم.

جـ-تدريب الوالدين على ملاحظة تكرار السلوك السلبى لطفلهم.

د-متابعة تدريب الطفل على المهارات المختلفة التى تنمى السلوكيات الإيجابية.

-تم إعادة صياغة السؤال رقم (22) إلى أوجه التعاون بين الأخصائيين والوالدين.

-تم حذف عدد (4) فقرات من السؤال رقم (24) وهى العبارات رقم (8)، (15)، (16)، (24).

-تم إعادة صياغة السؤال رقم (25) إلى: الأساليب والتكنيكات التى يستخدمها الأخصائيين الاجتماعيين في مواجهة إساءة الوالدين لطفلهم الأوتيزم.

-تم حذف الفقرات رقم (ب)، (ح) فى السؤال رقم (28).

-تم إعادة صياغة فقرات السؤال رقم (29) إلى:

أ-ضعف المستوى التعليمى لكثير من الآباء.

ب-عدم رضا الوالدين لإعاقة طفلهم الأوتيزم.

جـ-فقد الثقة فى الدور الذى تقوم به المؤسسة.

د-صعوبة التعاون بين الأخصائيين وبعض الآباء.

هـ-عدم استجابة بعض الآباء لإرشادات وتوجيهات الأخصائى الاجتماعى.

و-الأفكار والعادات الخاطئة التى يعتنقها بعض الآباء.

-تم حذف عدد (6) أسئلة من استمارة الاستبيان وهى رقم (14، 18، 19، 23، 30، 27). وبذلك أصبح العدد النهائى لاستمارة الاستبيان فى صورتها النهائية (24) سؤال (*).

(*) استمارة الاستبيان فى صورتها النهائية، ملحق رقم (2).

2-استمارة استبيان لتقدير مظاهر الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم.
(إعداد: الباحث)

خطوات بناء استمارة الاستبيان:

1-لإعداد استمارة الاستبيان قام الباحث بمقابلة العديد من الآباء والأمهات ذوى الأطفال الأوتيزم فى كثير من المؤسسات من المدارس ومراكز التأهيل الاجتماعى بمحافظة كفر الشيخ، وذلك للتعرف على مظاهر إساءتهم لأطفالهم الأوتيزم.

2-الإطلاع على العديد من مقاييس والاستبيانات التى عرضت لمظاهر الإساءة الوالدية للأطفال عامة والمعاقين خاصة، ولم يتوصل الباحث لمقياس خاص بتقدير مظاهر الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم، لذا كان من دواعى البحث إعداد استمارة استبيان خاصة بالباحث للتعرف على مظاهر الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم.

3-توصيل الباحث إلى شكل الاستمارة فى صورتها الأولية وتضمنت الأبعاد التالية:

أ-البيانات الأولية للأباء والأمهات ذوى أطفال الأوتيزم.

ب-بيانات تتعلق بالعوامل والأسباب المؤدية للإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم كما يراها الوالدين وشملت الاستمارة فى صورتها الأولية على عدد (23) سؤال (*).

جـ-تم عرض استمارة الاستبيان فى صورتها الأولية على المتخصصين العاملين فى مجال الأوتيزم بغرض أخذ آرائهم والتحكيم عليها كنوع من أنواع الصدق وهو صدق المحكمين.

د-بعد عرض الاستمارة على المحكمين كانت آرائهم عليها بالحذف أو الإضافة أو التعديل على النحو التالى:

(*) استمارة الاستبيان فى صورتها الأولية، ملحق رقم (3).

1-تم تعديل صياغة السؤال رقم (8) الخاص بالمستوى التعليمى للوالـــدين إلى:

أ- أمي **ب- يقرأ ويكتب**

جـ- تعليم متوسط **د- تعليم عالى**

2-تم تعديل وإعادة صياغة الفقرات (هــ، ر، حـــ، ط) من الـسؤال رقــم (11) على النحو التالى:

أ-عدم وعى المجتمع بإعاقة الأوتيزم.

ب-نقص المؤسسات الخدمية المرتبطة بأطفال الأوتيزم.

جــ-احتياج الطفل لجهود كبيرة تفوق قدرة الوالدين.

د-كثرة المشاكل التى يسببها الطفل وصعوبة تعامل الوالدين معها.

هــ -وتم حذف العبارات رقم (أ، ب، د، و، ز، ل).

-وتم إضافة عبارات:

1-عدم وجود قوانين لحماية أطفال الأوتيزم ورعايتهم.

2-كثرة الخلافات الأسرية بين الوالدين.

3-قلة خبرات الوالدين فى حل مشكلات طفل الأوتيزم.

-تم حذف الأسـئلة رقــم (14، 15، 16، 17، 19، 20، 21، 25)، وبـذلك أصبح العدد النهائى لاستمارة الاستبيان فى صورتها النهائية (18) سؤال (*).

(*)استمارة الاستبيان فى صورتها النهائية، ملحق رقم (3)

3ـدليل المقابلة مع الخبراء والمختصين فى مجال الإعاقة والإيتزم.

(إعداد : الباحث)

خطوات بناء دليل المقابلة:

1-تم مقابلة الباحث للعديد من الأساتذة والمتخصصين العاملين فى مجال الإعاقة من أساتذة الجامعات والخبراء فى مجال التربية الخاصة وكذلك العاملين فى المدارس التى تضم لأطفال الأوتيزم، وذلك للوقوف على كيفية بناء أسئلة دليل المقابلة.

2-وبعد التعرف على وجهات نظر السادة المحكمين وضع الباحث أسئلة دليل المقابلة وعرضها عليهم فى صورتها الأولية وكانت عبارة عن (7) أسئلة (*).

3-تم عرض الدليل على الخبراء والمختصين، وقد تم حذف السؤال رقم (5) من الدليل، وبذلك اصبح عدد أسئلة دليل المقابلة فى صورته النهائية ليشمل عدد (6) أسئلة (**).

الدراسة الاستطلاعية:

قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية على عينة من خارج عينة الدراسة الأساسية ومن نفس عينة الدراسة وبلغ قوامها (30) أخصائى وأخصائية، وكذلك على عينة قوامها (30) من أباء وأمهات أطفال الأوتيزم وذلك بهدف:

- -إيجاد معاملات الصدق والثبات لاستمارات الاستبيان موضوع الدراسة.
- -التحقق من مدى مناسبة وصحة العبارات ووضوحها لمجتمع الدراسة.
- -التعرف على الصعوبات التى قد تواجه الباحث أثناء تطبيق أدوات الدراسة.

بـصدق أدوات الدراسة:

1ـ**الصدق الظاهرى:** يعرف الصدق الظاهرى بأنه البحث عما يبدو أن الأداة (المقياس) تقيسه، وعند النظر لاستمارات الاستبيان قد تبدو صادقة لأنها تتعلق

(*) دليل المقابلة فى صورته الأولية، ملحق رقم (5).

(**) دليل المقابلة فى صورته النهائية، ملحق رقم (6).

بالوظيفة المراد قياسها، وبمعنى آخر أن الصدق الظاهرى يشير إلى أنه كيف يبدو المقياس مناسباً للغرض الذى وضع من أجله، وهذا النوع يتضح من خلال الفحص المبدئى لمحتويات المقياس، أى بالنظر إلى الفقرات ومعرفة ما يراد أن نقيسه قم مطابقة الذى يبدو بالوظيفة المراد قياسها، فإذا اقترب الاثنان كان الاختيار صادقاً صدقاً سطحياً، وأن فقراته تتصل غالباً بجانب المطلوب(1).

وبناء على ما تقدم ذكره فإن الباحث يرى أن أدوات الدراسة قد بنيت على الأساس النظرى الذى سبق شرحه وهى بذلك تتمتع بالصدق الظاهرى.

2ـ**الصدق التميزى:** قام الباحث بحساب الصدق لفروق المقارنة الطرفية لكل أداة بين 25% من المجموعة التى تحصل على أعلى درجات فى كل من استمارة الاستبيان الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين واستمارة الاستبيان الخاصة بالوالدين.

(الارباعى الأعلى) والمجموعة التى تحصل على أدنى درجات.

(الارباعى الأدنى) وكانت النتائج كما فى الجدول رقم (1)

جدول رقم (1)

يوضح الصدق التمييزى لأدوات الدراسة

المجموعات	**المتوسط الحسابى**	**الانحراف المعيارى**	**قيمة (ت)**	**مستوى الدلالة**
استمارة الاستبيان الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين (ن = 43)				
الأدنى = 43	1.61	0.78	6.19	0.003
الأعلى = 43	3.59	0.57		
استمارة الاستبيان الخاصة بالوالدين (ن = 124)				
الأدنى = 124	1.53	0.80	7.01	0.000
الأعلى = 124	2.61	0.49		

وتوضح نتائج الجدول رقم (1) للصدق التمييزى لاستمارات الاستبيان على

(1) محمود عبد الرازق أحمد: أسس البحث العلمى، دار البيان، الإمارات، 2003، ص188.

النحو التالى:

-استمارة الاستبيان الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين: المتوسط الحسابى لمجموعة الدرجات الأدنى بلغ (1.61) بانحراف معيارى (0.78)، بينما بلغ المتوسط الحسابى بمجموعة الدرجات الأعلى (3.59) بانحراف معيارى (0.57)، أما عن الفروق بين المجموعتين الأدنى والأعلى فقد بلغت قيمة (ت) (6.19)، وبمستوى دلالة أقل من (0.01) وهى قيمة دالة على وجود فروق بين المتوسطين.

-استمارة الاستبيان الخاصة بالوالدين: المتوسط الحسابى لمجموعة الدرجات الأدنى بلغ (1.53) بانحراف معيارى (0.80)، بينما بلغ المتوسط الحسابى لمجموعة الدرجات الأعلى (2.61) بانحراف معيارى (0.49)، أما عن الفروق بين المجموعتين الأدنى والأعلى فقد بلغت قيمة (ت) (7.01)، وبمستوى دلالة أقل من (0.01)، وهى قيمة دالة على وجود فروق بين المتوسطين.

وبالتالى فإن فقرات كل استبيان قادرة على التمييز بين أفراد عينة الدراسة، ومن ثم تبعث الاطمئنان لدى الباحث على صدق أدوات الدراسة.

جـ ثبات أدوات الدراسة:

يعد الثبات من متطلبات أداة الدراسة، والثبات يعطى إتساقاً فى النتائج عندما تطبق الأداة مرات عديدة [1].

ولحساب الثبات قام الباحث:

أ-بحساب ثبات استمارة الاستبيان الخاصة بالعينة الاستطلاعية للأخصائيين الاجتماعيين والوالدين بطريقة إعادة الاختبار على عينة من عينة الدراسة ومن خارج أفراد العينة الأساسية والبالغ عددهم (30) فرداً وذلك بفاصل زمنى قدرة عشرة أيام من التطبيق الأول.

---

(1) رمزية الغريب: التقويم والقياس فى المدارس الحديثة، دار النهضة الحديثة، القاهرة، 1985م، 561.

ب-كما تم إيجاد معامل الارتباط بين التطبيقين والذى يعبر عن معامل الثبات (الفاكر ونباخ) كما هو موضح بالجدول رقم (2).

جدول رقم (2)

يوضح قيم معامل الثبات لعينة الدراسة الاستطلاعية (ن = 30)

الأداة	عدد الفقرات	قيمة الفاكر ونباخ	مستوى الدلالة
استبيان الاستبيان الخاصة بالأخصائيين	24	0.79	دالة
استمارة الاستبيان الخاصة بالوالدين	17	0.86	دالة

توضح نتائج الجدول رقم (2) أن قيمة معامل الفا كرونباخ بلغت (0.79 – 0.86) للاستمارة الخاصة بالأخصائيين والاستمارة الخاصة بالوالدين على التوالى، وهى قيمة ثبات عالية وتمثل ثبات استمارة وصف الأساليب التى يستخدمها الأخصائيين الاجتماعيين لمواجهة الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم وعدم أسئلته (24) سؤال- وثبات استمارة تقدير مظاهر الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم كما يراها الوالدين وعدد أسئلته (18) سؤال، مما يدل على درجة عالية من الثبات لأسئلة كل من الاستمارتين.

خامساً: المعالجة الإحصائية:

تم استخدام المعالجات الإحصائية للبيانات بإدخالها الحاسب الآلى على البرنامج الإحصائى spss مع استخدام المعالجات الإحصائية التالية:

1-التوزيعات التكرارية والنسب المئوية.

2-المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

3-طريقة (الفاكرونباخ) لحساب قيم معامل الثبات لعينة الدراسة الاستطلاعية.

الفصل السادس
تطيل وتفسير نتائج الدراسة

أولاً: تحليل وتفسير النتائج الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين.

ثانياً : تحليـل وتفسيـر النتائج الخاصة بالوالديـن.

ثالثاً : تحليل وتفسير النتائج الخاصة بالخبراء والمتخصصيـن

أولاً: تحليل وتفسير النتائج الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين:

جدول رقم (3)

يوضح توزيع عينة الدراسة تبعاً للنوع

م	النـــــوع	التكرار	النسبة
أ	ذكور	29	%67.44
ب	إناث	14	%32.56
	مجـــــــ	43	%100

يتضح من نتائج الجدول رقم (3) أن نسبة الذكور تمثل (67.44%) من مجتمع عينه الدراسة، وأن نسبة الإناث تمثل (32.56%) من مجتمع عينه الدراسة، وهذا يفسر أن عدد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الأوتيزم مـــن الـــذكور أكثر من الإناث.

جدول رقم (4)

يوضح توزيع عينة الدراسة تبعاً للسن

م	الســــــن	التكرار	النسبة
أ	اقل من 30 سنة	3	%6.98
ب	من 30 – 35	24	%55.81
جـ	من 36 – 45	16	%37.21
د	من 46 فأكثر	–	–
	مجـــــــ	43	%100

يتضح من نتائج الجدول رقم (4) أن أقل نسبة بين الأخصائيين والأخصائيات العاملين فى مجال الأوتيزم كانت (6.98%")، وأن أعلى نسبة (55.81%")، وهذا يدل على أن الفئة العمرية الأكثر تعاملاً مع أطفال الأوتيزم كانت تنحصر بين سن (30-35) سنة، وهذه الفترة العمرية تتمثل فى أنها مرحلة يمكن من خلالها بـــذل الكثير من الجهد والعمل بفاعلية مع هذه الفئة.

جدول رقم (5)

يوضح توزيع عينة الدراسة تبعاً للمؤهل الدراسى

م	المؤهل الدراسى	التكرار	النسبة
أ	دبلوم خدمة اجتماعية	4	%9.30
ب	ليسانس أداب قسم اجتماع	3	%6.98
جـ	بكالوريوس خدمة اجتماعية	25	%58.14
د	دبلومة فى الخدمة الاجتماعية	9	%20.93
هـ	ماجستير / دكتوراه	2	%4.65
	مجـــــــ	43	%100

يتضح من نتائج الجدول رقم (5) أن أعلى نسبة للعاملين مع الأطفال الأوتيزم كانت للحاصلين على بكالوريوس الخدمة الاجتماعية بنسبة بلغت (58.14%)، وأن أقل نسبة كانت للحاصلين على (درجة الماجستير/ الدكتوراه) بنسبة بلغت (4.65%).

جدول رقم (6)

يوضح عينة الدراسة تبعاً للخبرة

م	مـــدة الخبـــرة	التكرار	النسبة
أ	أقل من 5 سنوات	6	%13.95
ب	من 5 –10 سنة	14	%32.5
جـ	من 11 15 سنة	11	%25.58
د	من 16–20 سنة	7	%16.27
هـ	من 21 فأكثر	5	%11.62
	مجـــــــ	43	%100

يتضح من نتائج الجدول رقم (6) أن أقل مدة لخبرة العاملين مع فى مجال الأوتيزم كانت5 سنوات بنسبة (4.64%)، وأن أعلى مدة للخبرة كانت من 15 سنة فأكثر بنسبة (60.47%).

جدول رقم (7)

يوضح تكرار إساءة الأسر لأطفال الأوتيزم

م	الإســـاءة	التكرار	النسبة
أ	نعم	33	%76.74
ب	لا	10	%23.26
	مجـــــــ	43	%100

يتضح من نتائج الجدول رقم (7) أن نسبة تكرار مشاهدة الأخـــصائيين للإســـاءة الوالدية تجاه أطفالهم الأوتيزم بلغت (76.74%)، وأن نسبة تكرار عدم مشاهدة تلـــك الإساءة بلغت (23.26%).

جدول رقم (8)

يوضح نوع الإساءة لأطفال الأوتيزم

م	نـــوع الإســـاءة	التكرار	النسبة
أ	جسدية	17	%39.53
ب	نفسية	12	%27.91
جـــ	إهمال	14	%32.56
	مجـــــــ	43	%100

يتضح من نتائج الجدول رقم (8) تنوع أشـــكال الإســـاءة الوالديـــة لأطفـــالهم الاوتيزم، حيث تنوعت ما بين الإساءة الجسدية بنسبة (39.53%)، والنفسية بنسبة (27.91%)، والإهمال بنسبة (32.56%)، وتعكس النتائج السابقة زيـــادة لجـــؤ أولياء الأمور إلى استخدام أنواع الإساءة المختلفة وأشار إلى هذا المعنى دراســـة "أيهاب ناشد" 1991.

جدول رقم (9)

يوضح أسباب الإساءة لطفل الأوتيزم

م	العوامل المؤدية للإساءة	التكرار	النسبة
أ	صعوبة التحكم فى سلوك طفل الأوتيزم	5	%4.03
ب	ارتفاع تكاليف الرعاية الطبية لطفل الأوتيزم	6	%4.83
جـ	الشعور بالخجل لوجود طفل الأوتيزم بالأسرة	2	%1.61
د	الضغوط النفسية المصاحبة عاقة الأوتيزم	6	%4.83
هـ	نظرة المجتمع المتدينة لطفل الأوتيزم	4	%3.22
و	الإدراك الخاطئ من الآباء لإعاقة الأوتيزم	2	%1.61
ز	نقص المؤسسات الخدمية المرتبطة بإعاقة الأوتيزم	3	%2.41
حـ	عدم القدرة على التحمل والصبر (نفاد الصبر)	6	%4.83
ط	احتياج طفل الاوتيزم إلى جهود كبيرة لرعايته	5	%4.03
ك	كثرة المشاكل التى يسببها طفل الأوتيزم	4	%3.22
	مجـــــــ	43	%100

يتضح من نتائج الجدول رقم (9) أن أكثر الأسباب شيوعاً والمؤدية للإساءة الوالدية لأطفال الأوتيزم كانت لارتفاع التكاليف الطبية اللازمة لرعاية طفل الأوتيزم بنسبة بلغت (4.83%)، وكذا الضغوط النفسية المصاحبة لإعاقة الأوتيزم، وأيضاً عدم قدرة الوالدين على التحمل والصبر.

وأن أقل الأسباب انتشاراً والمؤدية للإساءة الوالدية لأطفال الأوتيزم كانت للإدراك الخاطئ من الآباء تجاه إعاقة أطفالهم، وكذا الشعور بالخجل لوجود طفل أوتيزم بالأسرة بنسبة بلغت (1.61%) وأشارت إلى هذا المعنى ودراسة "رياض يعقوب وآخرون" 1995، ودراسة "ميادة محمد على" 1996.

جدول رقم (10)

يوضح مدى ملائمة المحتوى الاكاديمى لإعداد الأخصائيين العاملين مع أطفال الأوتيزم

م	المحتوى الأكاديمى	التكرار	النسبة
أ	ملائم	3	%6.98
ب	ملائم إلى حد ما	11	%25.58
جـ	غير ملائم	29	%67.44
	مجـــــــــ	43	%100

يتضح من نتائج الجدول رقم (10) أن المحتوى الأكاديمى لإعداد العاملين مع أطفال الأوتيزم غير ملائم حيث بلغت أعلى نسبة (67.44%) وهى تدل على أن المحتوى الأكاديمى الذى يتلقاه الأخصائيين الاجتماعيين فى مرحلة الإعداد المهنى غير ملائمة وتحتاج لإعادة صياغة وتدعيم ذلك المحتوى والخاص بتلك الفئة من الأطفال.

جدول رقم (11)

يوضح أسباب عدم ملائمة المحتوى الأكاديمى

م	الأسبـــــاب	التكرار	النسبة
أ	ما حصلت عليه من معلومات ومعارف عن الأوتيزم غير ملائم	11	%25.58
ب	المعلومات المقدمة عن الأوتيزم قديمة وغير مستحدثة	8	%18.60
جـ	لم أحصل على تأهيل ملائم عن الممارسة المستخدمة مـع الأوتيزم	14	%32.56
د	لم تحتوى على أهم المهارات اللازمة للتعامـل مـع إعاقة الأوتيزم	10	%23.26
	مجـــــــــ	43	%100

يتضح من نتائج الجدول رقم (11) أن أكثر الأسباب التى عبر عنها العـــاملين من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع أطفال الأوتيزم بالنسبة لعــدم ملائمــة

المحتوى الأكاديمى كانت لعدم حصولهم على تأهيل ملائم للتعامل مع هؤلاء الأطفال حيث بلغت نسبة (32.56%).وأن المحتوى الأكاديمى لابد أن يتناول الجوانب الخاصة بطفل الأوتيزم لأن هناك تباين واضح بين الأطفال التوحديين من حيث الأعراض والمظاهر المصاحبة لها مما يجعل هؤلاء الأطفال مختلفين فيما بينهم ومثل هذه الاختلافات تجعل من الصعب التقيد بتكنيك واحد للممارسة وهذا ما أكدت عليه نتائج دراسة (Smpsion & Regan 1986).

جدول رقم (12) يوضح مدى توافر الدورات التدريبية للأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع أطفال الأوتيزم

م	الحصول على دورات تدريبية	التكرار	النسبة
أ	نعم	34	%79.07
ب	لا	9	%20.93
	مجـــــــ	43	%100

يتضح من نتائج الجدول رقم (12) أن عدد الأخصائيين الاجتماعيين الذين حصلوا على دورات تدريبية بلغ (79.07%) وأن الذين لم يحصلوا على دورات تدريبية بلغ (2.93%) وهذا يدل على توافر الدورات التدريبية المقدمة للأخصائيين العاملين مع أطفال الأوتيزم.

جدول رقم (13)

يوضح تاريخ التحاق الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع أطفال الأوتيزم بالدورات التدريبية

م	تاريخ الالتحاق بالدورات التدريبية	التكرار	النسبة
أ	قبل الالتحاف بالعمل	12	%27.91
ب	بعد الالتحاق بالعمل	31	%72.09
	مجـــــــ	43	%100

يتضح من نتائج الجدول رقم (13) أن غالبية الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع أطفال الأوتيزم قد حصلوا على دورات تدريبية بعد التحاقهم بالعمل حيث بلغت

نسبتهم (72.09%) وهذا يدل على أهمية الدورات التدريبية أثناء الخدمة فى المجـــال المهنى لصقل هؤلاء الأخصائيين وتزويدهم بالمهارات والخبرات المناســبة للتعامــل الجيد مع أطفال الأوتيزم وهذا ما أكدته دراسة كلا من "محمد دسوقى حامد" 2001 ، ودراسة "أميرة عبد العزيز أحمد ابراهيم" 2004.

جدول رقم (14)

يوضح عدد الدورات التدريبية التى حصل عليها الأخصائيين الاجتماعيين

م	عـــدد الـدورات	التكرار	النسبة
أ	دورة واحدة	12	%27.91
ب	من 2 الى 4 دورات	20	%46.51
جـ	من 5 الى 7 دورات	8	%18.60
د	من 8 دورات فأكثر	3	%6.98
	مجـــــــ	43	%100

يتضح من نتائج الجدول رقم (14) أن أعلى نسبة من الأخصائيين الاجتماعيين والعاملين مع أطفال الأوتيزم وعددهم (20) أخصائى وأخصائية اجتماعية حصلوا على عدد دورات تدريبية من (2-4 دورات) بنسبة بلغت (46.51%)، وهذا يدل على وجود نقص واضح فى الدورات التدريبية التى تتم أثنـــاء العمـــل المهنـــى للأخصائيين الاجتماعيين، مما يتطلب زيادة عدد الدورات التدريبية المقدمة لهم بما يواكب التطور الحادث فى مجال العمل مع أطفال الأوتيزم.

جدول رقم (15)

نوع التدريب المقدم للأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع أطفال الأوتيزم

م	نـــــوع التدريـــــب	التكرار	النسبة
أ	حضور محاضرات نظرية عن الأوتيزم	10	%23.26
ب	المشاركة فى ورش عمل خاصة بإعاقة الأوتيزم	6	%13.95
جـ	مشاهدة بعض النماذج المصورة لحالات الأوتيزم	4	%9.30
د	المشاركة فى حلقات نقاشية عن التدخل مع حـــالات الأوتيزم	14	%32.56
هـ	الممارسة الفعلية للتعامل مع حالات الأوتيزم	9	%20.93
	مجـــــــ	43	%100

يتضح من نتائج الجدول رقم (15) أن نوعية التـــدريب المقـــدم للأخـــصائيين الاجتماعيين العاملين مع أطفال الأوتيزم انحصرت غالبيتها ف الجانـــب النظـــرى، حيث بلغت أعلى نسبة (32.56%) وهى خاصة بالمشاركة فى حلقات نقاشية وهذا يدل على مدى القصور الواضح للجانب العملى فى الدورات التدريبية ممـــا يؤكـــد الحاجة الى تدعيم ذلك الجانب تحقيقاً للفائدة وتنمية مهارات الأخصائيين الاجتماعيين وتزويدهم بالمعارف والأدوات اللازمة للتعامل مع أطفال الأوتيزم.

جدول رقم (16)

يوضح مدى استفادة الأخصائيين من الدورات التدريبية

م	مدى الاستفادة من الدورات	التكرار	النسبة
أ	نعم	32	%74.42
ب	الى حد ما	8	%18.60
جـ	لا	3	%6.98
	مجـــــــ	43	%100

يتضح من نتائج الجدول رقم (16) أن النسبة الغالبة من الأخصائيين الاجتمـــاعيين العاملين مع أطفال الأوتيزم كانت (32) أشاروا إلى استفادتهم من الـــدورات التدريبيـــة

المقدمة لهم، حيث بلغت نسبتهم (74.42%)، وأن عدد (3) أخصائيين لم يستفيدوا من تلك الدورات وبلغت نسبتهم (6.98%).

جدول رقم (17)

يوضح أوجه استفادة الأخصائيين الاجتماعيين من الدورات التدريبية

م	أوجه الاستفادة من الدورات التدريبية	التكرار	النسبة
أ	التعرف على السلوكيات الوالدية المسيئة لأطفال الأوتيزم	9	%20.93
ب	اكتساب القدرة على التعامل مع الوالدين المسيئين لأطفالهم	7	%16.27
جـ	التدريب على مهارات تعديل السلوك الخاطئ للوالدين المسيئين	11	%25.58
د	التعرف على الآثار السلبية الناتجة عن إساءة الوالدين لأطفالهم الأوتيزم	16	%37.22
	مجـــــــــــ	43	%100

يتضح من نتائج الجدول رقم (17) أن الدورات التدريبية التي التحق بها الأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال الأوتيزم قد أسفر عن بعض أوجه الاستفادة لهم، حيث بلغت نسبة التعرف على السلوكيات الوالدية المسيئة لأطفال الأوتيزم (20.93%)، وأن نسبة اكتساب القدرة على التعامل مع الوالدين بلغت (16.27%)، وأن الأخصائيين الاجتماعيين قد اكتسبوا مهارة التدريب على تعديل السلوكيات المسيئة لهؤلاء الآباء بنسبة بلغت (25.58%)، وأن نسبة التعرف على الآثار السلبية الناتجة عن الإساءة الوالدية لطفلهم الأوتيزم بلغت (37.22%) وهذا يوضح تعدد أوجه الاستفادة من تلك الدورات فى أوجه مختلفة وبدرجات متفاوتة للأخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مجال الأوتيزم.

وأكد ذلك (Elder, 1995) إلى أن المحيطين بالأطفال المصابين بأعراض الوتيزم يتورطون فى سلوكيات تعيق العملية التربوية وأكد على ضرورة أن يضع الأخصائيين فى اعتبارهم ذلك حتى تحقق عملية مساعدة الوالدين أهدافها.

جدول رقم (18)

يوضح أسباب عدم استفادة الأخصائيين الاجتماعيين من الدورات

م	الأسبـــاب	التكرار	النسبة
أ	لا تلبى الدورات احتياجات الأخصائية من المعارف والمهارات	17	%39.54
ب	القائمين على هذه الدورات غير متخصصين	12	%27.91
جـ	بعد المعارف المقدمة عن واقع العمل الفعلى	8	%18.60
د	انعقاد الدورات بصورة غير منتظمة	4	%9.30
هـ	ضيق الوقت المخصص لهذه الدورات	2	%4.65
	مجـــــــ	43	%100

يتضح من نتائج الجدول رقم (18) أن أسباب عدم استفادة الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع أطفال الأوتيزم قد تنوعت حيث أجاب البعض بأن المعلومات والمعارف المقدمة فى تلك الدورات لا تلبى ما يحتاجون إليه وقد بلغت نسبتهم (39.54%)، وأن القائمين على هذه الدورات من غير المتخصصين فى مجال إعاقة الأوتيزم (التوحد) وبلغت نسبتها (27.91%)، وكذا بعد تلك المعارف والمعلومات عن الواقع الفعلى فى ميدان العمل مع أطفال الأوتيزم وبلغت نسبتها (18.60%). وهذا يدل على أن تلك الدورات لا تشبع احتياجات الأخصائيين الاجتماعيين من أدوات وأساليب ومهارات ومعارف تصقل الممارسة مع فئة الأطفال التوحديين.

جدول رقم (19)

يوضح دور الأخصائيين الاجتماعيين فى مواجهة الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم

م	العبـــارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	النسبة المئوية ٪	المتوسط المرجح	الترتيب حسب المجموع
أ	توعية الوالدين لبعض السلوكيات التى يصدرها طفل الأوتيزم	39	4	-	125	٪97	2.91	1
ب	توعية الوالدين بالآثار السلبية الناتجة عن إعاقة الأوتيزم	38	3	2	122	٪94.7	2.84	2
جـ	تدريب الوالدين على ملاحظة تكرار السلوك السلبى لطفلهم	26	11	6	106	82.3	2.47	5
د	بناء علاقة إيجابية بين الوالدين والأخصائى الاجتماعى	37	5	1	122	٪94.7	2.84	2
هـ	توفير المعلومات والبيانات عن الظروف التى يعيش فيها طفل الأوتيزم	31	9	3	114	٪88.3	2.65	4
و	متابعة تدريب الطفل على المهارات المختلفة التى تنمى السلوكيات الإيجابية	35	4	4	117	٪90.7	2.72	3

يتضح من نتائج الجدول رقم (19) أن توعية الوالدين لبعض السلوكيات الخاطئة التى يصدرها طفل الأوتيزم قد احتلت المرتبة الأولى بنسبة (97.0%)، وأن توعية الوالدين بالآثار السلبية الناتجة عن إعاقة الأوتيزم قد احتلت المرتبة الثانية بنسبة (94.7%)، وأن تدريب الوالدين على ملاحظة تكرار السلوك السلبى لطفلهم الأوتيزم بنسبة (82.3%).

وهذا ما أكد عليه (Elder, J.H 1995, Lask, 1988) فى أنه يجب الاهتمام بضرورة تدريب أسرة الطفل المصاب بأعراض التوحد على كيفية التعامل مع الطفل وأن يكون لها دور إيجابى مع المؤسسة التى تقدم الخدمة للطفل، مما يؤدى إلى الابتعاد عن مظاهر الإساءة.

جدول رقم (20)

يوضح مدى التعاون بين الوالدين والأخصائيين

م	تعاون الأخصائي الاجتماعي مع الوالدين	التكرار	النسبة
أ	نعم	34	%79.7
ب	إلى حد ما	8	%18.60
جـ	لا	1	%2.37
	مجـــــــــ	43	%100

يتضح من نتائج الجدول رقم (20) أن النسبة الغالبة من الوالدين تتعاون مع الأخصائيين العاملين مع أطفال الأوتيزم وبلغت درجة تكرارهم (34) بنسبة (%79.7). وهذا يدل على وجود تعاون دائم ومستمر بين الأخصائيين الاجتماعيين وأسر أطفال الأوتيزم، وهذا يدل على أهمية التعاون والعمل سوياً من أجل علاج مشكلات هؤلاء الأطفال، وتوعية الوالدين بالوسائل والأساليب وتدريبهم على الطرق السليمة للتعامل مع طفلهم الأوتيزم.

جدول رقم (21)

يوضح أوجه التعاون بين الأخصائيين والوالدين

م	العبـــــارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	النسبة المئوية ٪	المتوسط المرجح	الترتيب حسب المجموع
أ	تشجيع الوالدين على حضور الاجتماعات والندوات التى تعقدها المؤسسة	29	11	3	112	٪86.6	2.60	4
ب	حث الوالدين على الاهتمام بمتابعة أطفالهم داخل المؤسسة	36	7	-	122	٪94.7	2.84	2
جـ	مشاركة الوالدين للأخصائيين فى حل المشكلات التى تواجه أطفالهم الأوتيزم	21	15	7	100	٪77.7	2.32	6
د	اشتراك الوالدين فى اجتماعات مجلس الآباء والمعلمين فى المؤسسة	24	16	3	107	٪83.0	2.49	5
هـ	دعوة الوالدين للجمعيات الأهلية فى تقديم الدعم المادى والمعنوى للمؤسسة	38	4	1	123	٪95.3	2.86	1
و	متابعة الوالدين لجماعات النشاط والهوايات المختلفة داخل المؤسسة	37	3	3	120	٪93.0	2.79	3

يتضح من نتائج الجدول رقم (21) أن دعوة الوالدين للجمعيات الأهلية فى تقديم الدعم المادى والمعنوى للمؤسسة حصلت على أعلى نسبة (95.3%)، ، ان متابعة الوالدين لجماعات النشاط والهوايات المختلفة داخل المؤسسة احتلت المرتبة الثانية بنسبة (93.20%)، وأن أقل نسبة (77.7%) لعبارة مشاركة الوالدين للأخصائيين فى حل مشكلات أطفال الأوتيزم. وهذا يدل على أهمية الدور الذى يؤديه الوالدين بتعاونهم مع الأخصائيين داخل المؤسسة تحقيقاً للأهداف التى توفر الرعاية والاهتمام بتقديم المزيد من البرامج والأنشطة لتخفيف الآثار السلبية الناتجة عن إعاقة الأوتيزم.

جدول رقم (22) يوضح الأدوار والمسئوليات التى يستخدمها الأخصائيين فى مساعدة الوالدين على مواجهة الإساءة لأطفالهم

م	العبـــارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	النسبة المئوية ٪	المتوسط المرجح	الترتيب حسب المجموع
1	تقديم الدعم المادى لمساعدة الوالدين فى تلبية احتياجات طفل الأوتيزم	41	1	1	126	٪97.7	2.93	2
2	تعريف الوالدين بخصائص وسلوكيات إعاقة الأوتيزم	29	14	-	115	٪89.0	2.67	11
3	مشاركة الأخصائيين للوالدين فى حل مشكلات طفلهم الاوتيزم	24	16	3	107	٪83.0	2.49	15
4	تشجيع الوالدين للمشاركة فى أنشطة المؤسسة	36	5	2	120	٪93.0	2.79	8
5	مساعدة الوالدين على التعامل مع مشكلات طفلهم بطريقة إيجابية	35	7	1	120	٪90.0	2.79	8
6	تزويد الوالدين بالمعلومات الكافية لتمكنهم من التعايش مع إعاقة طفلهم	32	8	3	115	٪89.0	2.67	11
7	عرض نماذج للسلوكيات الوالدية السوية مع طفل الأوتيزم	36	4	3	119	٪92.3	2.77	9
8	توجيه الوالدين لمصادر الخدمات واستغلال الموارد المتاحة	37	6	-	123	٪95.3	2.86	5
9	تمكين الوالدين من الاتصال بالمتخصصين فى علاج إعاقة الأوتيزم	33	7	3	116	٪90.0	2.70	10
10	تبصير الوالدين بأساليب المعاملة السوية مع أطفالهم الأوتيزم	37	6	-	123	٪59.3	2.86	5
11	تسهيل تقديم الخدمات المختلفة داخل المؤسسة للوالدين	28	11	4	110	٪85.3	2.56	14
12	الربط بين الوالدين والمؤسسات المجتمعية المختلفة المهتمة بإعاقة الأوتيزم	31	10	2	115	٪89.0	2.67	11
13	تحسين جودة الخدمات المقدمة	26	14	3	95	٪73.7	2.21	16
14	توضيح الأثار السلبية الناتجة عن إساءة معاملة طفل الأوتيزم	29	12	2	113	٪87.7	2.63	12
15	تشجيع الوالدين بضرورة الاهتمام بإشباع احتياجات أطفالهم	27	15	1	112	٪86.7	2.60	13
16	بناء علاقة إيجابية مع الوالدين وإظهار مشاعر الاهتمام والتقبل تجاههم	36	5	2	120	٪93.0	2.79	8
17	توثيق الصلة والروابط بين والدى طفل الأوتيزم والمؤسسة	39	4	-	125	٪97.0	2.91	3
18	عقد لقاءات دورية بين الوالدين والأخصائيين وزيارات لتبادل الأراء	26	12	5	107	٪83.0	2.49	15

19	إمداد الوالدين بالمعارف والخبرات اللازمة للتعامل مع طفلهم بشكل إيجابى	29	14	-	115	%82.0	2.46	11
20	تعديل أفكار واتجاهات الوالدين السلبية تجاه طفل الأوتيزم	41	2	-	127	%98.3	2.95	1
21	مساعدة الوالدين على مواجهة تذليل الصعوبات التى تواجههم فى حل مشكلات طفلهم	29	11	3	122	%94.7	2.84	6
22	تخفيف حدة المشاعر السلبية للوالدين المرتبطة بالإعاقة مثل القلق والتوتر والخوف والغضب	38	5	-	124	%96.0	2.88	4
23	إكساب الوالدين مهارات جديدة تمكنهم من التعامل مع طفل الأوتيزم بشكل إيجابى	37	4	2	121	%93.7	2.81	7

يتضح من نتائج الجدول رقم (22) أن تقديم الدعم المادى لمساعدة الوالدين فى تلبية احتياجات طفلهم الأوتيزم حصلت على أعلى نسبة (97.7%) ويليها فى المرتبة الثانية نسبة (97.0%) توثيق الصلة والروابط بين الوالدين والمؤسسة، وكذا تخفيف حدة المشاعر السلبية المرتبطة بإعاقة الأوتيزم بنسبة (96.0%)، وكانت أقل نسبة (83.0%) خاصة بمشاركة الأخصائيين والوالدين فى حل مشكلات طفل الأوتيزم، وهذا يفسر أهمية التعاون المشترك بين الأخصائيين الاجتماعيين والوالدين فى كافة المستويات لتنمية السلوكيات الإيجابية لطفل الأوتيزم والعمل على تحسين سلوكياتهم المضطربة مثل القلق والتوتر وتعديلها لسلوكيات أخرى مرغوبة. وتتفق هذه النتائج مع ما أكدت عليه نتائج دراسة كل من (دافيد وولف وآخرون David Wolf Et al 1988، جيبسون وبلوك Gibson & Block 1990، واليزابث ستيول Elizabeth stiwe 1991، ويليام William 1995، صالح بن عبد الله 2000، حيث أكدت على أن الوالدين الذين تلقوا خبرات ومعلومات حول الإساءة وخطورتها قد أظهروا تحسناً فى بيئات تربية الطفل مما يقلل من معدلات وقوع الإساءة، وإن الإرشاد الأسرى يسهم فى توجيه الوالدين إلى فهم حاجات الأطفال الاوتيزم وكيفية إشباعها وتتيح لهم الفرصة للتعبير عن مشاعرهم وتعليمهم أساليب تربية الأطفال بهدف مساعدة الوالدين فى الوقاية من تعرض أطفال تلك الأسر لمزيد من الإساءة.

جدول رقم (23)

يوضح الأساليب والتكتيكات التى يستخدمها الأخصائيين الاجتماعيين فى مواجهة إساءة الوالدين لطفلهم الأوتيزم

م	العبـــــارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	النسبة المئوية ٪	المتوسط المرجح	الترتيب حسب المجموع
النمذجـة								
1	إعطاء القدوة والمثل الأعلى من تعامل الوالدين مع أطفالهم الأوتيزم	29	11	3	112	٪86.67	2.60	4
2	توعية الوالدين بأساليب المعاملة الحسنة لأطفالهم الأوتيزم	37	6	-	123	٪95.33	2.86	3
3	عرض بعض المواقف المصورة التى توضح جانب الإساءة للأطفال وتأثيرها على سلوك طفل الأوتيزم		3	1	124	٪95.0	2.88	2
4	عرض بعض النماذج الإيجابية التى تشيد بسلوك الطفل وأساليب المعاملة السوية تجاهه	40	2	1	125	٪97.0	2.91	1
5	إكساب الوالدين المعارف والأساليب اللازمة للمعاملة الحسنة مع أطفالهم الأوتيزم	28	12	3	111	٪86.0	2.58	5
المناقشة الجماعية								
1	تبصير الوالدين بأهمية تعديل اتجاهاتهم نحو أطفالهم الأوتيزم	32	9	2	116	٪90.0	2.70	3
2	توضيح الآثار السلبية لخطورة سوء معاملتهم لأطفالهم الأوتيزم	35	7	1	120	٪93.0	2.79	1
3	حث الوالدين على أهمية ظهار مشاعر الود والحب والحنان تجاه أطفالهم الأوتيزم	26	15	2	110	٪85.33	2.56	4
4	تخفيف حدة التوترات النفسية الناتجة من سوء معاملة الوالدين لطفلهم	28	11	4	110	٪85.33	2.56	4
5	توضيح أهمية دمج طفل الأوتيزم مع أقرانه للتخفيف من حدة الإساءة الوالدية تجاههم	34	8	1	119	٪92.33	2.77	2
لعب الـدور								
1	تدريب الوالدين على تمثيل الأدوار الموضحة لأنواع الإساءة الآثار المترتبة عليها	39	4	-	125	٪97.0	2.91	2

2	إتاحة الفرصة للوالدين للتعبير عن مشاعرهم واحساسهم تجاه الدور الذى يقومون بتمثيله	35	4	4	117	%90.67	2.72	4
3	ملاحظة انطباعات الوالدين والكشف عن اتجاهاتهم السلبية والإيجابية نحو المواقف التى ترتبط بالإساءة	25	15	3	108	%84.0	2.52	5
4	تنمية وعى الوالدين بخطورة استخدام العقاب والضرب كنماذج سلبية للإساءة تجاه طفل الأوتيزم	42	1	-	128	%99.33	2.98	1
5	تدريب الوالدين على مواجهة المثيرات والانفعالات المسببة للإساءة تجاه طفلهم الأوتيزم	39	3	1	124	%96.0	2.88	3
الواجبات المنزلية								
1	تدريب الوالدين على القيام ببعض المهام المرتبطة بأساليب معاملة أطفالهم مثل المدح وتجنب العقاب	36	7	-	122	%94.67	2.84	3
2	إكساب الوالدين للحقائق والمعلومات والمهارات التى تساعدهم فى التعامل بصورة صحيحة مع أطفالهم	38	3	2	122	%94.67	2.84	3
3	تصحيح بعض الأخطاء فى الممارسات الوالدية السلبية تجاه أطفالهم الأوتيزم	41	1	1	126	%97.67	2.93	1
4	مساعدة الوالدين فى تنفيذ المهام المنزلية تجاه أطفالهم	38	5	-	124	%96.0	2.88	2
التعديل السلوكى								
1	مساعدة الآباء فى الكشف وتحديد السلوكيات المسيئة	42	1	-	128	%99.33	2.98	1
2	تبصير الوالدين بالدوافع المسببة للإساءة	39	4	-	125	%97.0	2.91	2
3	تزويد الوالدين بالمعارف عن السلوك غير المسئ	35	6	2	119	%92.33	2.77	4
4	توضيح الآثار الإيجابية للمعاملة السوية من قبل الوالدين	37	3	3	120	%93.0	2.79	3
5	التدعيم إيجابى للسلوكيات السوية فى التعامل مع الطفل وتثبيتها	31	9	3	114	%88.33	2.65	5

يتضح من نتائج الجدول رقم (23) أن تكنيك النمذجة يساعد على تحسين وتنمية مستويات التفاعل بين الوالدين وأطفالهم الأوتيزم وذلك يدعم السلوك الايجابى لدى الأطفال ويتحكم فى السلوك السلبى، وهذا يدل على فاعلية تكنيك النمذجة فى تغيير وتعديل الاتجاهات والسلوكيات المسيئة للأطفال وذلك ما أكدت عليه الدراسة ودراسة "أميرة عبد العزيز احمد ابراهيم" 2004.

أما بالنسبة لتنكيك المناقشة الجماعية فهى وسيلة أساسية فى العمل مع الوالدين المسيئين لأطفالهم الأوتيزم تساعدهم فى التدريب على ممارسة السلوك السوى والإيجابى مع أطفالهم والبعيدة عن الممارسات الخاطئة المتمثلة فى الإساءة والإهمال، فدور الأخصائى هو مناقشة السلوكيات المسيئة ومحاولة تغييرها بالنصح والتدريب على ذلك بالمناقشة والحوار لتغيير آراء والأفكار الخاطئة الممارسة فى التنشئة الاجتماعية للأطفال الأوتيزم والتى قد تؤدى للإساءة لهؤلاء الأطفال وأكد على هذا المعنى دراسة "ممدوح محمد دسوقى" 2007، ودراسة "منال محمد محروس" 2005.

وبالنسبة لتكنيك لعب الدور فيلعب فيه الأخصائيين دور المساعد والموجه للوالدين وتدريبهم على فهم وإدراك الأحاسيس والدوافع السلوكية المختلفة، وذلك بلعب بعض الأدوار فى مواقف مختلفة تساعدهم فى التعبير عن أفكارهم وميولهم واستعداداتهم وحل مشكلاتهم وللتخلص من التوتر لديهم والمسبب لحدوث الإساءة منهم تجاه أطفالهم الأوتيزم وهذا ما أكدته دراسة "محمد دسوقى حامد" 2001.

أما الواجبات المنزلية فهى وسيلة وأداة يستخدمها الأخصائى فى مساعدة الوالدين على القيام بتكليفات فى المواقف المختلفة عبارة عن واجبات معرفية وسلوكية والتصرف نحوها بطريقة مغايرة لسلوكهم السابق المعتاد وذلك لإكسابهم سلوك سليم فى التفاعل الإيجابى مع أطفالهم الأوتيزم. "وأشار إلى هذا المعنى دراسة "أميرة عبد العزيز أحمد" 2004. أما التعديل السلوكى فيقوم فيه الأخصائى بتدريب الوالدين على تعديل اتجاهاتهم وآرائهم وأفكارهم الخاطئة والمتمثلة فى الإساءة الوالدية تجاه أطفالهم الأوتيزم بأخرى أكثر إيجابية وفاعلية. وأشارت إلى هذا المعنى دراسة كل من "محمد دسوقى حامد محمد" 2001، "ممدوح محمد دسوقى" 2007.

جدول رقم (24)

يوضح المعوقات التى تواجه الأخصائيين فى مساعدة الوالدين المسيئين لأطفالهم الأوتيزم

م	العبـــارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	النسبة المئوية ٪	المتوسط المرجح	الترتيب حسب المجموع
أ	قلة الموارد المادية المتاحة المساعدة فى العمل مع أطفال الأوتيزم	25	11	7	104	٪80.67	2.42	4
ب	إنكار بعض الوالدين لإساءتهم تجاه أطفالهم الأوتيزم	31	10	2	115	٪89.0	2.67	2
جـ	صعوبة التعامل مع بعض الأطفال شديدى إعاقة الأوتيزم	19	12	12	93	٪72.0	2.16	5
د	عدم تعاون بعض المؤسسات مع بعضها فى مساعدة هؤلاء الأطفال	28	9	6	108	٪83.67	2.51	3
هـ	عدم تفهم إدارة بعض المؤسسات لدور الأخصائى الاجتماعى المتعامل مع أطفال الأويتزم	29	14	-	115	٪89.0	2.67	2
و	كثرة الأعباء الملقاة على عاتق الأخصائيين مما يتطلب تعاون الجميع فى التخفيف من حدتها وتسهيل عمله داخل المؤسسة	33	7	3	116	٪90.0	2.70	1

يتضح من نتائج الجدول رقم (24) أن المعوقات التى تواجه الأخصائيين فى مساعدة الوالدين المسيئين لأطفالهم الأوتيزم كثيرة ومتنوعة منها ما يتعلق بالجانب المهنى مثل عدم تفهم الإدارة لدور الأخصائى وجاءت نسبة (89.0%) ومنها ما يتعلق بالجانب المرتبط بعمل الأخصائى بكثرة الأعباء الملقاة على عاتقه وتعوق تفرغه الكامل لهؤلاء الأطفال حيث بلغت نسبة (90.0%)، ومنها ما يتعلق بالجانب المادى المساعد فى إنجاز عمل الأخصائيين وتوفير الإمكانيات اللازمة لذلك حيث بلغت نسبة (80.76%)، وهذا يدل على تنوع المعوقات وكثرتها فما يستلزم العمل على إزالتها والتخفيف من حدتها بالنسبة للأخصائيين الاجتماعيين لتوفير الجو المساعد على إنجاز عملهم بطريقة أكثر فاعلية.

جدول رقم (25)

يوضح قصور البرامج العلاجية المتاحة للأخصائيين فى مساعدة الوالدين المسيئين لأطفال الأوتيزم

م	النـــــوع	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	النسبة المئوية ٪	المتوسط المرجح	الترتيب حسب المجموع
أ	عدم مراعاة معظم البرامج المتاحة لرغبات الوالدين	5	11	27	64	٪4976	1.49	6
ب	إغفال البرامج فى كثير من الأحيان لقدرات وإمكانيات الوالدين والتى يمكن استثمارها	29	14	-	115	٪89.0	2.67	5
جـ	عدم تكيز الكثير من البرامج على الحاجات الأساسية من دعم وإرشاد وتوجيه ورعاية للوالدين	35	5	3	118	٪91.33	2.75	4
د	وجود اختلاف بين الواقع والمأمول فى الخدمات المتاحة من وجهة نظر الوالدين	37	4	2	121	٪93.67	2.81	2
هـ	عدم توافر الخبرات والكفاءات المهنية القادرة على استخدام الوسائل المناسبة لتنفيذ تلك البرامج	39	3	1	124	٪96.12	2.88	1
و	معظم تلك البرامج لا تشبع الاحتياجات المختلفة والمتنوعة للوالدين	36	4	3	119	٪92.33	2.77	3

جدول رقم (26)

يوضح المعوقات التى تواجه الأخصائيين فى مساعدة الوالدين المسيئين لأطفال الأوتيزم والمرتبطة بجماعات الأباء

م	العبـــارة	نعم	إلى حد ما	لا	مجموع الأوزان	النسبة المئوية ٪	المتوسط المرجح	الترتيب حسب المجموع
أ	ضعف المستوى التعليمى لكثير من الأباء	38	3	2	122	٪94.67	2.84	3
ب	عدم رضا الوالدين لإعاقة طفلهم الأوتيزم	39	2	2	123	٪95.33	2.86	2
جـ	فقد الثقة فى الدور الذى تقوم به المؤسسة	33	8	2	117	٪90.67	2.72	4
د	صعوبة التعاون بين الأخصائى وبعض الأباء	39	2	2	123	٪95.33	2.86	2
هـ	عدم استجابة بعض الأباء لإرشادات وتوجهات الأخصائى الاجتماعى	32	8	3	115	٪89	2.67	5
و	الأفكار والعادات الخاطئة التى يعتنقها بعض الأباء	41	2	-	127	٪98.0	2.94	1

يتضح من نتائج الجدول رقم (26) أن هناك الكثير من المعوقات التى تواجه الأخصائيين فى التعامل مع الآباء المسيئين لأطفال الأوتيزم ومنها ما يتعلق بضعف المستوى التعليمى لهؤلاء الأباء حيث بلغت نسبتها (94.67%)، وكذلك عدم رضاهم عن إعاقة طفلهم بنسبة بلغت (95.33%)، وأيضا عدم استجابتهم لإرشادات الأخصائى الموجهة لهم بنسبة (89.00%)، وكذلك من أهم المعوقات فى التعامل مع الأباء وجود الأفكار والعادات الخاطئة التى يعتنقها الوالدين ويصعب على الأخصائى تغييرها مما يتطلب زيادة الجهد الذى يبذله معهم فى سبيل تعديلها وتغييرها لأفكار أخرى إيجابية حيث بلغت نسبة (98.0%) وهى النسبة الأكثر انتشاراً بين الأباء المسيئين لأطفالهم الأوتيزم.

يتضح من نتائج الجدول رقم (25) أن هناك قصور واضح فى البرامج العلاجية المتاحة والمستخدمة فى مساعدة الوالدين المسيئين لأطفالهم الأوتيزم والتى تؤثر فى عمل الأخصائيين، وأن البرامج المتاحة تعانى فى أغلبها من القصور الواضح فى تلبية احتياجات الوالدين وذلك بنسبة (92.33%)، وأن تلك البرامج لا تركز على أساليب الدعم الكافية من إرشاد ونصح للوالدين بنسبة (91.33%)، كما أن تلك البرامج لا تتفق وتطلعات الوالدين ولا ترتبط بالواقع المعاش فى حياتهم بنسبة (93.67%) وهذا يفسر ضعف البرامج المقدمة وعدم إقبال الوالدين عليها، مما يتطلب تحسين تلك البرامج وتضمينها لفنيات وتكنيكات ووسائل وأساليب حديثة مدعمة بالجانب النظرى والعملى وتوفير الإمكانات المادية اللازمة لتحقيقها لتكون أكثر قدرة على تعديل سلوكيات الوالدين الخاطئة والمسيئة لأطفالهم الأوتيزم.

ثانيا: تحليل وتفسير *النتائج الخاصة* بالوالدين :

جدول رقم (27) يوضح عينة الدراسة تبعاً للنوع

م	النـــوع	التكرار	النسبة
أ	ذكر	87	٪70.16
ب	أنثى	37	٪29.84
مجـــــ		124	٪100

يتضح من نتائج الجدول رقم (27) أن نسبة الذكور آباء/ تمثل (70.6)، ونسبة الإناث (أمهات) تمثل (29.84%)، وهذا يوضح أن الآباء هى النسبة الغالبة لعينة الدراسة والتى طبق عليها استمارة الاستبيان مما يدل على أن أكثر الأسر المسيئة لأطفال الاوتيزم مسئول عنها الآباء.

جدول رقم (28) يوضح توزيع عينة الدراسة تبعاً للسن

م	الســـن	التكرار	النسبة
أ	اقل من 30 سنة	16	٪12.19
ب	من 30 – 35 سنة	32	٪25.79
جـ	من 36 – 45 سنة	39	٪31.45
د	من 46 فأكثر	37	٪29.87
مجـــــ		124	٪100

يتضح من نتائج الجدول رقم (28) أن أعلى نسبة من الآباء والأمهات كانوا فى المرحلة العمرية من (36-45) سنة وذلك بنسبة (31.45%)، وأن أقل نسبة (31.45%) بنسبة (12.19%) مما يعنى أن أعمار الوالدين تلك تعكس القدرة على التعامل مع أطفالهم بطريقة صحيحة، ولكن تواجههم بعض المشكلات المترتب عليها إساءتهم لأطفالهم وقد تكون راجعة لعوامل أخرى غير السن وعلى ذلك فإنه كلما تقدم سن الوالدين كلما ضعفت قدرتهم على رعاية الأبناء ولاسيما أن طفل الأوتيزم يحتاج إلى عناية ورعاية خاصة تفوق رعاية الأبناء الأصحاء.

جدول رقم (29) يوضح توزيع عينة الدراسة تبعاً لمحل الإقامة

م	محل الإقامة	التكرار	النسبة
أ	محافظة	21	٪16.93
ب	مدينة	23	٪18.54
جـ	مركز	32	٪25.80
د	قرية	48	٪38.73
مجـ		124	٪100

يتضح من نتائج الجدول رقم (29) أن غالبية الآباء والأمهات يعيشون فى قرى بنسبة (38.7%)، وهذا يعنى عدم وعى الكثير منهم بما يواجهه أطفال الاوتيزم من مشكلات وما يحتاجونه من خدمات ومعاملة خاصة.

جدول رقم (30) يوضح توزيع عينة للدراسة تبعاً لعدد أفراد الأسرة

م	عدد أفراد الأسرة	التكرار	النسبة
أ	4 أفراد	20	٪16.12
ب	5 أفراد	24	٪19.35
جـ	6 أفراد	49	٪35.51
د	7 أفراد	31	٪25.22
مجـ		124	٪100

يتضح من نتائج الجدول رقم (30) أن أعلى نسبة (39.51%) يبلغ عدد أفرادها 6 أفرد، وأن أقل نسبة (16.12%) للأسر التى بلغ عدد أفرادها 4 أفراد وتعكس نتائج الجدول السابق إذن ارتفاع ملحوظ فى حجم الأسر عينة الدراسة وهو الأمر الذى يساهم فى زيادة حدة المشكلات التى تتعرض لها هذه الأسر

نتيجة زيادة الأعباء التى تقع على عاتق الوالدين والتى تتصل بالوفاء بالاحتياجات الأساسية لكافة أعضاء الأسرة بجانب الاحتياجات الخاصة بطفل الأوتيزم ذاتــه. وفى هذا السياق توصلت دراسة "رودريج" Radrigue 1992م إلى أن زيادة حجم الأسرة التى يعانى أحد أطفالها من إعاقة الأوتيزم يؤثر تأثيراً سلبياً على الحالة النفسية والمزاجية للوالدين نتيجة زيادة معدل الضغوط التى تقع علـــى الوالدين فى الأسر كبيرة الحجم. كما أكدت دراسة "شاهين عبد الستار" 2000م على أنه كلما زاد عدد أفراد أسرة الطفل المعاق كلما قلت الرعايـــة المقدمـــة للطفل داخل المحيط الأسرى وكلما ضعف ارتباط الوالدين بطفلهما المعاق.

جدول رقم (31) يوضح مكان إقامة الطفل

م	إقامة الطفل فى أسرتـه	التكرار	النسبة
1	نعم	88	٪70.97
2	لا	36	٪29.03
مجــــــ		124	٪100

يتضح من نتائج الجدول رقم (31) أن نسبة الأطفال الذين يعيشون فى أسرهم يشكلون نسبة (70.97%)، وهذا يدل على أنهم يعيشون فى أسرتهم الطبيعية.

جدول رقم (32) يوضح أسباب عدم معيشة الطفل فى أسرته الطبيعية

م	الأسبــاب	التكرار	النسبة
أ	وفاة الأب	22	٪17.64
ب	وفاة الأم	17	٪13.71
جـ	وفاة الأبوين	19	٪15.32
د	الطلاق	34	٪27.42
هـ	الهجر	27	٪21.78
و	السفر	5	٪4.3
مجــــــ		43	٪100

يتضح من نتائج الجدول رقم (32) أن الأطفال الذين يعيشون فـــى غيـــر أسرهم الطبيعية ترجع لعدة أسباب منها وفاة الوالـــدين بنـــسبة (27.42%)، وكذلك لحدوث الطلاق بين الأبوين بنسبة (21.78%) وهما النـــسبة الأكثـــر

شيوعاً بين أسر أطفال الأوتيزم وهذا يدل على مدى تـأثر أسـاليب التنـشئة الاجتماعية ويعرضهم للكثير من المشكلات بما فيها الإسـاءة المتمثلـة فـى العقاب البدنى والنفسى والإهمال ومزيداً من المشكلات.

جدول رقم (33) يوضح الترتيب الميلادى للطفل بين أخوته

م	الترتيب الميلادى	التكرار	النسبة
أ	الأول	19	٪15.33
ب	الثانى	22	٪17.74
جـ	الثالث	36	٪29.03
د	الرابع	17	٪13.71
هـ	الأخير	30	٪24.19
مجـ		43	٪100

يتضح من نتائج الجدول رقم (33) أن أعلى نسبة لترتيب الطفل بين أخوته كان للطفل الثالث بنسبة (29.03%)، وأقل نسبة كانت للترتيب الأول بنـسبة (15.33%)، وهذا يشير أن ترتيب الطفل بين أخوته له دور هام فـى زيـادة المشكلات التى يتعرض لها وذلك بعدم مراعاة متطلباته واحتياجاتـه نظـراً لظروف إعاقته، وبالتالى توجيه الوالدين الإساءة له مما يعرضـه لظـروف نفسيه وسلوكية تظهر بوضوح فى سلوكياته السلبية تجـاه والديـه واخوتـه والآخرين والتى تكون بدورها أحد مسببات الإساءة.

جدول رقم (34) يوضح المستوى التعليمى للوالدين

م	المستوى التعليمى للوالدين	التكرار	النسبة
أ	أمى	38	٪31.65
ب	يقرأ ويكتب	36	٪28.03
جـ	تعليم متوسط	31	٪25.00
د	تعليم عال	19	٪15.32
مجـ		43	٪100

يتضح من نتائج الجدول رقم (34) أن غالبية الوالدين من الأميين بنـسبة (31.65%) ويليهم فى المرتبة الثانية يقرأون ويكتبون بنسبة (28.03%) وأقل

عدد من الوالدين ممن هم حاصلين على تعليم عال بنسبة (15.32%) وهذا يدل على أن المستوى التعليمى للوالدين له أثر كبير فى حدوث الإساءة الوالدية تجاه أطفالهم الأوتيزم، وذلك نتيجة للمعرفة المحدودة للوالدين عن إعاقة الأوتيزم وبالتالى ليس لديهم الوعى الكافى لكيفية التعامل معها والحد من مشكلاتها لدى أطفالهم.

وعلى الرغم من تأكيد العديد من الدراسات والبحوث السابقة على أن ارتفاع المستوى التعليمى يساهم فى زيادة وعى وإدراك الوالدين بحالة طفلهما الاوتيزم واحتياجاته المتنوعة، إلا أن إعاقة التوحد تعد من أنواع الإعاقات الحادة التى لازال الغموض يحيط بالكثير من جوانبها سواء على المستوى التشخيصى أو العلاجى، ولذلك فإن الغالبية العظمى من آباء وأمهات هؤلاء الأطفال بغض النظر عن المستوى التعليمى لديهم يواجهون صعوبات بالغة فيما يتصل بفهم طبيعة هذه الإعاقة وكيفية التعامل مع الطفل ومن الدراسات التى أكدت إلى هذا المعنى سامية عليوة 1996.

جدول رقم (35) يوضح المستوى الاجتماعى

م	عمل الوالدين	التكرار	النسبة
أ	بدون عمل	19	٪15.32
ب	عمل حكومى	35	٪28.24
جـ	عمل خاص	27	٪21.77
د	أعمال حرة	43	٪34.67
مجـ		124	٪100

يتضح من نتائج الجدول رقم (35) أن نسبة الوالدين العاملين فى أعمال حرة بلغ (34.67%) وهى أعلى نسبة من الوالدين الذين لديهم طفل أوتيزم ويليها الذين يعملون أعمال حكومية وهى أعمال فنية وإدارية بسيطة تحتاج إلى قدر بسيط من التعليم.

جدول رقم (36) يوضح المستوى الاقتصادى للوالدين

م	الدخـــل	التكرار	النسبة
أ	أقل من 200 جنية	34	٪27.42
ب	من 200 - 400	33	٪26.61
جـ	من 401 – 600	26	٪20.97
د	من 601 – 800	19	٪15.32
هـ	من 801 فأكثر	12	٪9.68
مجـــــــ		43	٪100

يتضح من نتائج الجدول رقم (36) أن غالبية الوالدين ممن هـم ذوى الـدخل الأقل من 200 جنية يبلغون نسبة (27.42%) ويلـيهم ذوى الـدخل المتوسـط ويبلغون نسبة (2.97%)، وأن أقل نسبة هى (9.68%)، وهذا يعنـى أن غالبيـة أسر أطفال الأوتيزم من ذوى الدخول الضعيفة أو المتوسطة، وهو مستوى دخـل لا يكفيهم مما يؤدى إلى مزيد من مشكلات الإساءة تجاه طفل الأوتيزم.

جدول رقم (37) يوضح العوامل المؤدية للإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم

م	العوامــل المؤديــة للإســاءة	التكرار	النسبة
1	الشعور بالخجل لوجود طفل أوتيزم بالأسرة	15	٪12.09
2	عدم وعى المجتمع بإعاقة الأوتيزم	10	٪8.9
3	نقص المؤسسات الخدمية المرتبطة بأطفال الأوتيزم	12	٪9.67
4	احتيـاج طفـل الأوتيـزم إلى جهـود كـبيرة لرعايتـه تفـوق قدرة الوالدين	19	٪15.32
5	كثرة المشاكل التى يسببها طفل الأوتيزم وصعوبة تعامل الوالدين معها	16	٪12.90
6	عدم وجود قوانين لحماية أطفال الأوتيزم ورعايتهم	11	٪8.87
7	كثرة الخلافات الأسرية بين الوالدين	21	٪16.93
8	قلة خبرات الوالدين فى حل مشكلات طفل الأوتيزم	20	٪16.31
مجـــــــ		124	٪100

يتضح من نتائج الجدول رقم (37) أن كثرة الخلافات الأسرية لها دور كبير فى حدوث الإساءة تجاه طفل الأوتيزم وهذا ما عبر عنه الكثير مـن الوالـدين بنسبة (16.93%)، وأن قلة خبرات الوالدين فى حل مشكلات أطفالهم الأوتيزم

تمثلت بنسبة (16.13%)، وأن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى جهود كبيرة ورعاية تفوق قدرة الأسرة وتمثلت بنسبة (15.32%)، مما يدل على تعدد العوامل الخاصة بالأسرة والمرتبطة بإساءة معاملة طفل الاوتيزم ومن بينها كبر حجم الأسرة، فمن المعروف أنه كلما كبر حجم الأسرة كلما قلة فرص الرعاية المتكاملة لأعضائها حيث يحرم بعض الأعضاء من بعض أوجه الرعاية الاجتماعية والنفسية والصحية، كما قد يحرم بعض الأطفال من بعض الحقوق مثل الحق فى العلاج، الحق فى التغذية السليمة وانخفاض المستوى الاقتصادى للأسرة وهذا ما أشارت إليه دراسة قامت بها اليونيسف فى القاهرة الكبرى 2005.

جدول رقم (38) يفسر أسباب الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم

م	تفسير أسباب الإساءة	التكرار	النسبة
أ	سوء العلاقة بين الوالدين	27	21.77٪
ب	فقد أحد الوالدين لعمله	19	15.32٪
جـ	عدم توفير الدعم الاجتماعى الكافى	31	25.00٪
د	نشاط الطفل الزائد وسلوكياته المضطربة	25	20.16٪
هـ	صعوبة التعامل مع الطفل	22	17.75٪
مجـــــــ		124	100٪

يتضح من نتائج الجدول رقم (38) أن من أكثر سلوكيات الطفل التى تؤدى إلى مشاعر الغضب من الوالدين تجاه أطفالهم مما يؤدى إلى إساءتهم هى نشاطهم الزائد وسلوكياتهم المضطربة بنسبة (20.16%) كما أن سوء العلاقة بين الوالدين لها أثر هام فى زيادة إساءتهم لأطفالهم نتيجة لكثرة المشكلات بينهم بنسبة بلغت (21.77%) كما أشارت النتائج أيضاً إلى أن الضغوط الداخلية والخارجية التى تواجه الزوجين تلعب دوراً كبيراً فى إساءة معاملتهم لأطفالهم، فالأزمات المتتالية وسوء العلاقة بين الزوج والزوجة والتدخلات من جانب الأقارب فى حياة الزوجين، والصعوبات التى يواجهها الزوجان سواء فى تعليمهم أو فى أعمالهم ووظائفهم أو فقد أحدهم لعمله أو وظيفته، وعدم

توفير الدعم الاجتماعى الكافى وصعوبة تكوين العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها وقلة الخبرات والمهارات الاجتماعية فى حل المشكلات والتعامل مع المواقف المسببة للإساءة، وعدم توافر الخدمات والموارد الاجتماعية المناسبة التى تعين الوالدين على حل مشكلاتهم وكلها عوامل تساهم بدرجات متفاوتة فى حدوث الإساءة وهذا ما أشارت إليه دراسة "ممدوح محمد دسوقى" 2007.

جدول رقم (39)

يوضح مشاعر الوالدية تجاه طفل الأوتيزم

م	مشاعـــــر	التكرار	النسبة
أ	التدليل الزائد للطفل	16	٪12.9
ب	الخوف على الطفل من المحيطين به	19	٪15.32
جـ	الخجل من إعاقة الطفل أمام الآخرين	28	٪22.58
د	عقاب الطفل على سلوكياته الخاطئة	20	٪16.12
هـ	التفرقة بين الطفل وأخوته	17	٪13.73
و	إهمال احتياجات الطفل	24	٪19.35
مجـــــــ		124	٪100

يتضح من نتائج الجدول (39) أن مشاعر الوالدية تجاه طفلهم الأوتيزم تتسم بالخجل من إعاقة طفلهم أمام الآخرين وتشكل نسبة (22.58%) وأن إهمال احتياجات الطفل نظراً لوجوده بين عدد كبير من الأخوات مما يؤثر على شخصيته وسلوكياته وبلغت نسبة استجابة الوالدين على إهمالهم لطفلهم الأوتيزم (19.35%)، كما أن عقاب الوالدين للطفل مظهر من مظاهر الإساءة للطفل وتمثل بنسبة (16.12%) من استجابات الوالدين، وهذا يدل على وجود مشاعر مضطربة من الوالدين تجاه طفلهم الأوتيزم وتتدرج هذه المشاعر من الخجل والإهمال والعقاب والتدليل الزائد.

وأشار إلى هذا المعنى جرين Green 1991 فى أن الطفل الذى ينشأ فى أسرة لا يسودها الهدوء والإتزان النفسى وتضطرب فيها العلاقات بين الأم والأب وبين الأخوة يشعر فيها بعدم التقبل الاجتماعى والنبذ وينخفض تقديره

لذاته، فمن حوله لا يحسون بمشاكله ولا يقدرون وجودة، فهذا يرفض وينبذ وآخر يهمل فيشعر بالحرمان النفسى غير المشبع لحقوقه.

جدول رقم (40) يوضح رد فعل الأسرة عن إساءتهم لطفلهم الأوتيزم

م	رد الفعــل	التكرار	النسبة
أ	رفض الاعتراف بالإساءة	38	٪30.65
ب	الشعور بالألم والحزن	27	٪21.78
جـ	محاولة تلبية احتياجات الطفل	34	٪27.41
د	الخلاف بين الأبوين	25	٪20.16
مجـــــ		124	٪100

يتضح من نتائج الجدول رقم (40) أن ردود فعل الوالــدين تجــاه طفلهــم الأوتيزم تتعدد وتتنوع ما بين رفض الاعتراف بالإساءة وتبلــغ (30.65%)، والشعور بالألم والحزن وتبلغ (21.78%)، ومحاولة تلبية احتياجات الطفــل وتبلغ (27.41%)، وأحياناً تحدث خلافــات أســرية بــين الوالــدين وتبلــغ (20.16%) وكلها ردود فعل قد تكون سلبية أو إيجابية مما يحتاج معه تعديل النظرة السلبية الوالدية تجاه طفلهم بما يعدل من سلوك الإساءة الــذى يــصدر منهم تجاه أطفالهم الأوتيزم. وأشار إلى هذا المعنى "هيمتر" Humter 1978 فى أنه قد تعانى بعض الأمهات المسيئات إلى أطفالهن من الخلافات الزوجية حيث تكون الأم غير راضية عن حياتها الأسرية وعن زوجها، وتصيبها هذه الخلافات بالأحباط، فتقوم بتعريض أطفالها لأشكال عديدة من الاساءة والإيذاء، كما أن الأطفال الذى يتأثرون بالخلافات الزوجية يساء إليهم أربعة أضــعاف الأطفال الذين لا يتأثرون بمثل هذه الخلافات.

جدول رقم (41)

يوضح مشاعر تأنيب الضمير لدى الوالدين المسيئين لأطفالهم الأوتيزم

م	مشاعــر تأنيــب الضمــير	التكرار	النسبة
أ	نعم	59	٪47.58
ب	إلى حد ما	40	٪32.26
جـ	لا	25	٪20.16
المجمــــــوع		43	٪100

يتضح من نتائج الجدول رقم (41) أن مشاعر تأنيب الضمير لدى الوالدين المسيئين لأطفالهم الأوتيزم تغلب عليهم فى كثير من المواقف والتى يظهر فيها الوالدين مظاهر الإساءة لأطفالهم بنسبة (47.58%) وهى نسبة كبيرة تدل على أن معظم الوالدين يشعرون بالخطأ وتأنيب الضمير فى حالة إصدارهم سلوكيات الإساءة تجاه أطفالهم الأوتيزم، وهذا مؤشر إيجابى على إمكانية تغيير وتعديل سلوكياتهم السلبية المسببة للإساءة تجاه أطفالهم فى المواقف التى يعدل فيها الأخصائيين الاجتماعيين النظرة السلبية للوالدين تجاه طفلهم وإعاقتهم حتى يتصرفوا بطريقة أفضل فى المواقف المختلفة فى المستقبل. ويخفف من معدلات الوقوع فى الإساءة لأطفالهم.

جدول رقم (42)

يوضح أسباب الشعور بتأنيب الضمير لدى الوالدين

م	الأسبـــاب	التكرار	النسبة
أ	عدم تحمل الطفل للمسئولية	15	٪12.0
ب	حبى الزائد للطفل	21	٪16.93
جـ	إحساسى بأنه غير مدرك لتصرفاته	38	٪30.65
د	خوفى على الطفل من المستقبل	24	٪19.35
هـ	إيمانى بأنه غير مسئول عن إعاقته	26	٪20.77
مجـــــــ		124	٪100

يتضح من نتائج الجدول رقم (42) أن الوالدين فى كثير من الأحيان قد يشعرون بتأنيب الضمير عند إساءتهم لأطفالهم الأوتيزم وذلك لعدة أسباب منها إحساسهم بأن الطفل غير مدرك للمسئولية وذلك بنسبة (12.0%)، أما إظهار مشاعر الحب الزائد للطفل لاختلافه عن أخوته فجاءت بنسبة (16.93%)، وكذلك إحساس الوالدين بأن الطفل قد يتصرف بطريقة لا يدركها بما تفرضه عليه إعاقته وذلك بنسبة (30.65%)، وأيضا إيمان الوالدين بأن الطفل لا ذنب له فى إعاقته وإنما هى من عند الله (20.77%).

جدول رقم (43)

يوضح مظاهر إساءة الآباء لأطفالهم الأوتيزم

م	العبــــارة	التكرار	النسبة
أولاً: الإساءة الجسدية			
أ	أحياناً اضرب طفلى بالحزام وأسبب له الم شديد	11	٪12.5
ب	قد أضرب طفلى على أرجله بشدة	14	٪15.9
جـ	ألجأ أحياناً إلى صفع الطفل على وجهه عندما يخطأ	15	٪17.04
د	أضرب الطفل فى أجزاء مختلفة من جسمه	17	٪19.31
هـ	احبس الطفل فى غرفة منعزلة بعيداً عن أخوته	12	٪13.63
و	اقذف الطفل بأى شئ أجده أمامى	12	٪13.63
ز	أعاقب الطفل بسكب الماء الساخن على جسمه	14	٪15.9
حـ	أسبب للطفل الكثير من الكسور فى جسمه من آثار الضرب	1	٪11.36
ثانياً: الإساءة النفسية			
أ	أعامل طفلى بجفاء	7	٪7.95
ب	أقلل من قدر طفلى أمام إخوته	8	٪9.09
جـ	كثيراً ما أوبخ طفلى أما أخوته	5	٪5.68
د	لا ألبى طلبات الطفل فى كثير من الأحيان	10	٪11.36
هـ	أحياناً أعاقب طفلى بحرمانه من الأشياء التى يحبها	7	٪7.95
و	لا أستجيب لكل ما يطلبه منى الطفل دون مراعاة لمشاعره	11	٪12.5
ز	يتناب الطفل الخوف عندما يرانى	8	٪9.09
حـ	أحرمه من اللعب مع أخوته	6	٪6.81
ط	لا اصطحبه معى خارج المنزل	12	٪13.63
ل	أرفض اشتراك طفلى فى الحديث مع الآخرين	15	٪15.90
ثالثاً: الإهمال			
أ	لا أهتم بنظافة طفلى الشخصية	9	٪10.22
ب	أترك طفلى بدون طعام فترة طويلة	5	٪5.68
جـ	أترك طفلى بملابس متسخة	8	٪9.09
د	لا ابالى إذا صعد طفلى أماكن مرتفعة تمثل خطورة عليه	6	٪6.81
هـ	أتعمد عدم ظهور طفلى التوحدى عندما يزورنى أحد	7	٪7.95
و	اصطحب أطفالى إلى الملاهى وأترك طفلى التوحدى	4	٪4.54
ز	لا أهتم بطفلى عندما يلعب بالآت حادة (أمواس – سكين)	2	٪5.68
حـ	لا أشترى العاب لطفلى مثل باقى أخوته	7	٪7.95
ط	أترك طفلى فترة طويلة عند الجيران لحين عودتى من العمل	8	٪9.09

ل	لا أهتم بزيارة طفلى بالمؤسسة	9	٪10.22
ك	أترك طفلى يلعب فى أماكن إلقاء القمامة	5	٪5.68
م	لا أسأل عن طفلى عند عودته متأخراً من المؤسسة	8	٪9.9
ن	لا أهتم بطفلى عندما يقسو عليه أخوته	7	٪7.95
مجـــــــ		88	٪100

توضح نتائج الجدول رقم (43) أن مظاهر الإساءة الآباء لأطفالهم الاوتيزم تتعدد فى بعض المظاهر منها الجسدية والتى تشمل الضرب أو الحبس أو صفع الطفل على وجهه، وقذف الطفل بأى شئ أمامه أو معاملته بطريقة عنيفة، ومن مظاهر الإساءة أيضاً المظاهر النفسية والتى تتمثل فى المعاملة السلبية لأطفالهم من التوبيخ والحرمان من اللعب وتحقيره أمام الآخرين وعدم إشراكه فى الحديث مع الآخرين، والتقليل من قدره أمام أخوته، وأيضاً الإهمال الذى يتمثل فى إهمال نظافة الطفل وتركه يلعب بأدوات حادة وعدم الاهتمام بالطفل والسؤال عليه فى المؤسسة وعدم تلبية احتياجاته ورغباته. وهذا ما أكدته دراسة كلاً من "جمال مختار حمزة" 2001، ودراسة "أنور ابراهيم احمد" 2002، وأيضا دراسة "يوسف عبد الصبور عبد اللاه" 2004.

جدول رقم (44) يوضح مظاهر إساءة الأمهات لأطفالهم الأوتيزم

م	العبـــارة	التكرار	النسبة
أولاً: الإساءة الجسدية			
أ	أحياناً اضرب طفلى بالحزام وأسبب له ألم شديد	7	٪19.44
ب	قد أضرب طفلى على أرجله بشدة	4	٪11.1
جـ	ألجأ أحياناً إلى صفع الطفل على وجهه عندما يخطأ	6	٪16.6
د	أضرب الطفل فى أجزاء مختلفة من جسمه	5	٪13.88
هـ	احبس الطفل فى غرفة منعزلة بعيداً عن أخوته	4	٪11.1
و	اقذف الطفل بأى شئ أجده أمامى	4	٪11.1
ز	أعاقب الطفل بسكب الماء الساخن على جسمه	2	٪5.55
حـ	أسبب للطفل الكثير من الكسور فى جسمه من آثار الضرب	4	٪11.1
ثانياً: الإساءة النفسية			
أ	أعامل طفلى بجفاء	6	٪16.6
ب	أقلل من قدر طفلى أمام أخوته	4	٪11.1

جـ	كثيراً ما أوبخ طفلى أما أخوته	3	%8.33
د	لا ألبى طلبات الطفل فى كثير من الأحيان	5	%13.88
هـ	أحياناً أعاقب طفلى بحرمانه من الأشياء التى يحبها	6	%16.6
و	لا أستجيب لكل ما يطلبه منى الطفل دون مراعاة لمشاعره	4	%11.1
ز	يتناب الطفل الخوف عندما يرانى	1	%2.77
حـ	أحرمه من اللعب مع أخوته	2	%5.55
ط	لا اصطحبه معنى خارج المنزل	2	%5.55
ل	أرفض اشتراك طفلى فى الحديث مع الآخرين	3	%8.33
ثالثاً: الإهمال			
أ	لا أهتم بنظافة طفلى الشخصية	6	%16.6
ب	أترك طفلى بدون طعام فترة طويلة	3	%8.33
جـ	أترك طفلى بملابس متسخة	4	%11.1
د	لا ابالى إذا صعد طفلى أماكن مرتفعة تمثل خطورة عليه	2	%5.55
هـ	أتعمد عدم ظهور طفلى التوحدى عندما يزورنى أحد	1	%2.77
و	اصطحب أطفالى إلى الملاهى وأترك طفلى التوحدى	3	%8.33
ز	لا أهتم بطفلى عندما يلعب بالآت حادة (أمواس – سكين)	1	%2.77
حـ	لا أشترى العاب لطفلى مثل باقى أخوته	4	%11.1
ط	أترك طفلى فترة طويلة عند الجيران لحين عودتى من العمل	2	%5.55
ل	لا أهتم بزيارة طفلى بالمؤسسة	3	%8.33
ك	أترك طفلى يلعب فى أماكن إلقاء القمامة	4	%11.1
م	لا أسأل عن طفلى عند عودته متأخراً من المؤسسة	2	%5.55
ن	لا أهتم بطفلى عندما يقسو عليه أخوته	1	%2.77
	مجـــــــ	88	%100

توضح نتائج الجدول رقم (44) أن الحال بالنسبة لأمهات الأطفال الاوتيزم فهم أيضا يسيئون لأطفالهم وتتعدد تلك الإساءة من الإساءة الجسدية والنفسية والإهمال ولا تختلف عن الآباء كثيراً وأن كان هناك فروق بسيطة فى مظهر الإساءة الجسدية حيث أن عاطفة الأمهات تغلب عليهم فى تعاملهم مع الأطفال أكثر من الآباء الذين يقسون على أطفالهم بطريقة أكثر شدة فى كثير من الأحيان. وهذا ما أكدت عليه دراسة "جمال شكرى" 1995، ودراسة "إيناس محمد فخرى" 1998، ودراسة "اسماعيل مصطفى سالم" 1997.

ثالثا تحليل وتفسير النتائج الخاصة بالخبراء والمتخصصين

جدول رقم (45)

يوضح آراء الخبراء والمتخصصين لمظاهر الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم

م	مظاهـــــر الإســـاءة	التكرار	النسبة
جسدية:			
1	جرح الطفل فى أجزاء جسمه	14	٪87.5
2	حرق الطفل بالشمع أو السيجارة	11	٪68.75
3	تقييد الطفل بالحبل وظهور آثار على جسمه	12	٪75.00
4	ظهور آثار الكسور فى جسمه	13	٪81.25
نفسية:			
1	شعور الطفل بأنه أقل من أخوته	14	٪87.5
2	السخرية من الطفل أمام الآخرين	15	٪93.75
3	تقييد حرية الطفل فى الحركة داخل المنزل	1	٪62.25
4	منعة من الخروج من المنزل	12	٪75.00
إهمال:			
1	عدم الاهتمام بنظافة الطفل الشخصية	13	٪81.25
2	رفض تحقيق رغبات الطفل	14	٪87.5
3	عدم الاهتمام بمشكلات الطفل	12	٪75.00
4	عدم الاهتمام بصحة الطفل	11	٪68.75

يتضح من نتائج الجدول رقم (45) أن مظاهر الإساءة الجسدية تتمثل فـــى التنوع ما بين جرح الطفل وحرقه بالشمع أو السيجارة أو تقييـــده بالحبـــال أو ظهور آثار كسور فى جسمه من جراء التعـــذيب والإســـاءة الجـــسدية مـــن الوالدين، كذلك هناك مظاهر نفسية للإساءة تتمثل فى كـــل مـــا يـــؤثر علـــى سلوكيات الطفل واضطرابه نفسياً كذلك مظاهر الإهمال وعدم اهتمام الوالدين لطفلهم من حيث عدم الاهتمام بنظافة الطفل الشخصية، وكذلك عدم تحقيق رغباته أو الاهتمام بصحته أو مشكلاته مما يزيد من مظـــاهر إســـاءة الوالـــدين لطفلهـــم الأوتيزم. وهذا ما أكدته دراسة كلاً من "عبد الرحمن عـــسيرى" 2001، ودراســـة "داليا عزت مؤمن" 1997، ودراسة "إيهاب رؤف ناشد" 1991.

جدول رقم (46) يوضح العوامل المؤدية للإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم

م	عوامـــل الإســـاءة	التكرار	النسبة
أ	كبر حجم الأسرة	14	٪87.5
ب	انخفاض المستوى الاقتصادى للأسرة	13	٪81.25
جـ	الضغوط الواقعة على الأسرة	15	٪93.75
د	ارتفاع تكاليف الرعاية الطبية	14	٪87.5
هـ	ضعف الوازع الدينى	12	٪75.00
و	العادات والتقاليد والأفكار الخاطئة	11	٪68.75

يتضح من نتـائج الجـدول رقـم (46) أن معظـم اسـتجابات الخبـراء والمتخصصين لعوامل الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم قريبة من بعضها وذلك راجع لأهميتها بحيث لا يمكن تفضيل عامل على آخر أو تقديم عامـل علـى آخر بل هى عوامل مرتبطة ببعضها ولها نفس الأهمية وهى بالنتيجة عوامل مؤدية لجعل الوالدين يسيئون لأطفالهم نتيجة الضغوط الواقعة عليهم من الآثار السلبية الناتجة عن إعاقة طفلهم وكثرة المسئوليات والتحديات الملقاة عليهم فى ظل الظروف المادية الضعيفة وأيضاً لضعف الوازع الدينى ولقلـة ثقـافتهم وخبراتهم وأفكارهم الخاطئة عن الإعاقة، وأن للطفـل احتياجـات ورغبـات خاصة تختلف عن احتياجات اخوته العاديين، وبالتالى يجب التعامـل معهـم بطريقة خاصة وإيجابية أكثر نظراً لخصوصية حالة الطفل. وهذا مـا أكـدت عليه دراسة "ناهد عباس حلمى" 2001، ودراسة "حسان محمد حسان" 2000.

جدول رقم (47) يوضح الأساليب والتكنيكات اللازمة لتعديل

السلوكيات الوالدية المسيئة لطفلهم الأوتيزم

م	الأساليـب والتكنيكـات	التكرار	النسبة
1	تقديم نماذج للمعاملة السوية لطفل الأوتيزم وآثارها الإيجابية	14	٪87.5
2	تقديم نماذج للمعاملة السيئة لطفل الأوتيزم وآثارها السلبية	14	٪87.5
3	لعب الدوار لتوضيح أنواع الإساءة من خلال تمثيل الأباء لهذه الأدوار	15	٪93.75
4	تكوين علاقة مهنية بين الأخصائيين والوالدين	15	٪93.75
5	تدريب الوالدين على ممارسة أساليب المعاملة السوية لطفل الأوتيزم	13	٪81.25
6	تعديل الاتجاهات السلبية للوالدين تجاه إعاقة طفلهم	15	٪75.00

يتضح من نتائج الجدول رقم (47) أن هناك أساليب وتكنيكات عـدة مـن

الواجب ممارستها لأحداث تعديل فى سلوكيات الوالدين المسيئين لطفلهم الأوتيزم منها النمزجة وذلك بعرض بعض النماذج التى توضح أساليب المعاملة السيئة وضرورة تعديلها، وكذلك إعراض بعض النماذج التى توضح أساليب المعاملة السوية وضرورة تنميتها وتعميمها فى المواقف التى يتعرض لها الوالدين نتيجة لتصرفات وسلوكيات طفلهم بما يحد من سلوكياتهم المسيئة تجاه طفلهم، وتدريبهم على أساليب المعاملة السوية بالمناقشة والحوار لتعديل أفكارهم الخاطئة بما يكون له الأثر الجيد فى تربية وتنشئة أطفالهم الأوتيزم بطريقة سوية حتى ينعموا بحياة هادئة وسوية مثل باقى الأطفال الآخرين. وهذا ما أكدت عليه دراسة كلاً من دراسة "منال محروس" 2006، ودراسة "أميرة عبد العزيز احمد" 2004، ودراسة " كرم محمد الجندى" 1989، ودراسة "صفاء عبد العظيم محمد" 2001.

جدول رقم (48)

يوضح اقتراحات الخبراء والمتخصصين لمواجهة الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم

م	الاقتراحات	التكرار	النسبة
1	**تبصير الوالدين بالأسباب المؤدية لإساءة معاملة طفل الأوتيزم**	12	٪75.00
2	**ممارسة برمج تهدف لتخفيف حدة الضغوط التى قد تؤدى لسؤ معاملة الطفل**	14	٪87.5
3	**توعية الوالدين بالآثار المترتبة على إساءة معاملة طفل الأوتيزم**	13	٪81.25
4	**توعية الوالدين بالآثار الإيجابية التى تعود على الطفل من معاملته بطريقة سوية**	11	٪68.75
5	**إلقاء الضوء من خلال وسائل الإعلام المختلفة على إعاقة الأويتزم**	13	٪81.25

يتضح من نتائج الجدول رقم (48) أن الخبراء والمتخصصين قد وضعوا بعض المقترحات الخاصة لمواجهة الإساءة الوالدين لطفل الأوتيزم منها ما يتعلق بتبصير الوالدين بالأسباب المودية للإساءة أو ممارسة برامج لتخفيف الضغوط الوالدية المسببة للإساءة، وتوعيتهم بالآثار السيئة للإساءة والفوائد التى تتحقق من تلك التوعية بها يعود عليهم وعلى الطفل بالنفع وكذلك ممارسة

وسائل الإعلان المختلفة لدورها فى توعية المجتمع بآثار إعاقة الأوتيزم حتى يغيروا من أفكارهم الخاطئة تجاه هؤلاء الأطفال فهم أطفال مثل الآخرين لهم حقوق يجب الاعتراف بها وتحقيقها، فهم جزء من المجتمع لابد مـــن تلبيـــة احتياجاتهم ورغباتهم واستثمارها تحقيقاً لصالح المجتمع ونفعه. وهذا ما أكدته دراسة كلاً من "نادية ابراهيم ابو السعود" 1997، ودراسة "هشام محمد ابراهيم مخيمر" 2004، ودراسة "محمد دسوقى حامد" 2001.

الفصل السابع
النتائج العامة للدراسة الميدانية

أولاً: نتائج الدراسة المستخلصة من استمارة الاستبيان الخاصة بالأخصائيين الاجتماعيين.

ثانياً: نتائج الدراسة المستخلصة من استمارة استبيان الخاصة بالوالدين.

ثالثاً: نتائج الدراسة المستخلصة من دليل المقابلة للخبراء والمتخصصين.

رابعاً: التصور المقترح لأهم الخطوات الإجرائية لمواجهة الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم.

اولا: نتائج الدراسة الميدانية المستخلصة من استمارة الاستبيان الخاصة بالاخصائيين الاجتماعيين:

أ-بالنسبة لوصف البيانات الأولية لعينة الدراسة:

-أوضحت نتائج الدراسة الميدانية أن الغالبية العظمى من المبحوثين كانوا من الذكور بنسبة (67.44%)، والإناث بنسبة (32.56%).

-أوضحت نتائج الدراسة الميدانية أن توزيع عينة الدراسة من حيث السن كانت كالآتى: أقل من 30 سنة بنسبة (6.98%)، ومن 30-35 سنة بنسبة (55.81%)، ومن 36-45 سنة بنسبة (37.21%)، ومن 46 سنة فأكثر كانت نسبتهم (-).

-بينت نتائج الدراسة الميدانية أن المؤهل الدراسى للمبحوثين كالآتى: دبلوم خدمة اجتماعية بنسبة (9.30%)، وليسانس آداب قسم اجتماع بنسبة (6.98%)، وبكالوريوس خدمة اجتماعية بنسبة (58.14%)، ودبلوم دراسات عليا فى الخدمة الاجتماعية بنسبة (20.93%)، وماجستير ودكتوراه بنسبة (4.65%).

-أشارت نتائج الدراسة الميدانية أن مدة خبرة المبحوثين تتراوح من أقل 5 سنوات بنسبة (13.95%)، ومن 5-10 سنوات بنسبة (32.55%)، ومن 11-15 سنة بنسبة (25.58%)، ومن 16-20 سنة بنسبة (16.27%)، ومن 21 سنة فأكثر بنسبة (11.62%).

-أوضحت نتائج الدراسة الميدانية أن معظم الاستجابات بتكرار الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم كانت معظمها (نعم) بنسبة (76.74%).

-بينت نتائج الدراسة أن نوع الإساءة الوالدية يتنوع ما بين الإساءة الجسدية بنسبة (39.53%)، والإساءة النفسية بنسبة (27.91%)، والإهمال بنسبة (32.56%).

-بينت نتائج الدراسة أسباب الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم تتراوح ما

بين صعوبة التحكم فى سلوك الطفل بنسبة (4.03%)، وارتفاع تكاليف الرعاية الطبية للطفل بنسبة (4.83%)، والشعور بالخجل لوجود طفل أوتيزم بالأسرة بنسبة (1.61%)، والضغوط النفسية المصاحبة لإعاقة الأوتيزم بنسبة (4.83%)، ونظره المجتمع المتدينة لطفل الأوتيزم بنسبة (3.22%)، والإدراك الخاطئ من الأباء لإعاقة الأوتيزم بنسبة (1.61%)، ونقص المؤسسات الخدمية المرتبطة بالأوتيزم بنسبة (2.41%) وعدم القدرة على التحمل والصبر من الوالدين لطفلهم بنسبة (4.83%)، واحتياج الطفل لجهود كبيرة لرعايته بنسبة (4.3%) وأيضا كثرة المشاكل التى يسببها طفل الأوتيزم بنسبة (3.22%).

وهذا يؤكد ما أسفرت عنه نتائج بعض الدراسات مثل دراسة "رياض يعقوب وآخرون" 1995م من أن الأباء والأمهات المسيئين لا يفهمون أسس رعاية الطفل السليمة، كذلك معاناة الوالدين من ضغوط نفسية شديدة، حيث أنه كلما ارتفعت درجة الضغوط النفسية زاد احتياج الوالدين إلى مساندة اجتماعية من المجتمع الخارجى.

وأيضاً أكد على نتائج الدراسة الحالية دراسة قامت بها "ميادة محمد على" 1996م والتى أظهرت أن الاتجاهات الوالدية السلبية نحو طفلهم تؤدى إلى سوء تكيفه وبالتالى زيادة الاضطرابات السلوكية والنفسية التى يصعب مع الوالدين التحكم فيها ومعالجتها. وهذا ما يؤكد عليه الباحث فى دراسته بضرورة مساعدة الأخصائيين الاجتماعيين لهؤلاء الوالدين.

بـ بالنسبة للعوامل المؤثرة على الأداء المهنى للأخصائيين الاجتماعيين:

-أظهرت نتائج الدراسة الميدانية أن المحتوى الأكاديمى لإعداد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع أطفال الأوتيزم غير ملائم إلى حد ما لمتطلبات إعدادهم بنسبة (25.58%)، والبعض الأخر أشار لملاءمته بنسبة (6.98%)، والآخرين أشاروا إلى عدم ملاءمته بنسبة (67.44%). أى أن

النسبة الغالبة أوضحت إلى عدم ملائمة المحتوى الأكاديمى المقدم لهؤلاء الأخصائيين.

-أشارت نتائج الدراسة إلى أن أسباب عدم ملائمة المحتوى الأكاديمى المقدم للأخصائيين الاجتماعيين يرجع إلى أن ما حصلوا عليه من معارف ومعلومات غير ملائم بنسبة (25.58%)، وأن المعلومات المقدمة عن الأوتيزم قديمة بنسبة (18.60%) أيضاً لم يحتوى على مهارات تكفى للتعامل مع أطفال الأوتيزم بنسبة (23.26%).

-أظهرت نتائج الدراسة إلى أن كثير من الأخصائيين الاجتماعيين تتوافر لهم العديد من الدورات التدريبية بنسبة (79.07%) وغيرهم لا تتوافر لهم تلك الدورات بنسبة (20.97%).

-أظهرت نتائج الدراية أن كثيراً من الأخصائيين الاجتماعيين يحضرون تلك الدورات بعد التحاقهم بالعمل بنسبة (72.09%)، والقليل منهم يلتحقون بها قبل ممارسة العمل المهنى بنسبة (27.91%).

-أظهرت نتائج الدراسة أن عدد الدورات التى حصل عليها الأخصائيين الاجتماعيين تراوحت من دورة واحدة بنسبة (27.91%) ومن 2-4 دورات بنسبة (46.51%)، ومن 5-7 دورات بنسبة (18.60%)، ومن 8 دورات فأكثر بنسبة (6.98%).

-أظهرت نتائج الدراسة أن نوع التدريب المقدمة للأخصائيين الاجتماعيين يتنوع ما بين حضور محاضرات نظرية بنسبة (23.26%)، والمشاركة فى ورش العمل الخاصة بالأوتيزم بنسبة (13.95%)، ومشاهدة بعض النماذج المصورة لحالات الأوتيزم بنسبة (9.30%)، والمشاركة فى حلقات نقاشية بنسبة (32.56%)، والممارسة الفعلية مع حالات أوتيزم بنسبة (20.93%).

-أوضحت نتائج الدراسة أن معظم الأخصائيين الاجتماعيين لم يستفيدوا من الدورات التدريبية المقدمة لهم بنسبة 74.42%، والبعض أشار إلى

استفادته إلى حد ما بنسبة 18.6%.

-أشارت نتائج الدراسة إلى أن أوجه أستفادة الأخصائيين الاجتماعيين من الدورات التدريبية انحصرت فى التعرف على السلوكيات الوالدية المسيئة لأطفال الأوتيزم بنسبة (20.93%)، واكتساب القدرة على التعامل مع الوالدين المسيئين بنسبة (16.27%)، والتدريب على مهارات تعديل السلوك الخاطئ للوالدين بنسبة (25.58%) والتعرف على الآثار السلبية الناتجة عن إعاقة الأوتيزم بنسبة (37.2%).

-توصلت نتائج الدراسة إلى أن تلك الدورات لا تلبى احتياجات الأخصائيين من المعارف والمهارات بنسبة (39.54%)، وأن القائمين على هذه الدورات غير متخصصين بنسبة (27.91%) وبعد المعارف المقدمة فى هذه الدورات عن الواقع العملى للأخصائيين الاجتماعين بنسبة (18.60%)، وانعقاد هذه الدورات بصورة غير منتظمة بنسبة (9.30%)، وضيق الوقت المخصص لهذه الدورات بنسبة (4.65%).

جـ-بالنسبة للأساليب التى يستخدمها الأخصائيين الاجتماعيين لمواجهة الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم.

-أظهرت نتائج الدراسة أن استجابة الأخصائيين الاجتماعيين لدورهم فى مواجهة الإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم كانت عبارة عن توعية الوالدية لبعض السلوكيات التى يصدرها طفل الأوتيزم بنسبة (97.0%)، وكذلك توعية الوالدين بالآثار السلبية الناتجة عن إعاقة الأوتيزم بنسبة (94.7%)، وتدريب الوالدين على ملاحظة تكرار السلوك السلبى لطفلهم بنسبة (82.3%)، وأيضاً بناء علاقة إيجابية بين الأخصائيين والوالدين المسيئين لطفلهم الأوتيزم بنسبة (93.7%)، ومتابعة تدريب الطفل على تنمية سلوكياته بنسبة (9.7%).

-أظهرت نتائج الدراسة إلى أن كثيراً من الوالدين لا يتعاونون مع

الأخصائيين الاجتماعيين وذلك بنسبة (51.16%)، وأن البعض الأخر من الوالدين يتعاونون مع الأخصائيين بنسبة (46.51%).

-أظهرت نتائج الدراسة أن أوجه التعاون بين الأخصائيين الاجتماعيين والوالدين كانت عبارة عن تشجيع الوالدين على حضور الاجتماعات والندوات التى تعقدها المؤسسة بنسبة (86.6%)، وحث الوالدين على الاهتمام بمتابعة أطفالهم داخل المؤسسة بنسبة (94.7%)، ومشاركة الوالدين للأخصائيين فى حل مشكلاتهم بنسبة (77.7%)، واشتراك الوالدين فى اجتماعات مجلس الأباء والمعلمين فى المؤسسة بنسبة (83.%)، ومتابعة الوالدين لجماعات النشاط والهوايات المختلفة داخل المؤسسة بنسبة (93.%).

وتتفق نتائج الدراسة مع ما أشارت إليه دراسة "جبسون وبلوك" (Gibson & Blook, 1990). من ضرورة توعية القائمين برعاية الأطفال وعلاج مظاهر الإساءة وأظهرت الدراسة أنه يمكن للمعلومات التربوية التى يقدمها الأخصائيين الاجتماعيين أن تقلل من حدوث الإساءة للأطفال وأيضاً دراسة "ويليام ولودمان" (William & Loadman 1995) التى أوصت بتقديم برامج تدعيمية متنوعة للوالدية وذلك لفهم حاجات الأطفال وكيفية إشباعها.

-أظهرت نتائج الدراسة أن على الأخصائيين الاجتماعيين استخدام أدوار ومسئوليات فى مساعدة الوالدين على مواجهة الإساءة لطفلهم الأوتيزم منها تقديم الدعم المادى للوالدين، وكذلك تشجيعهم على المشاركة فى الأنشطة المؤسسية المختلفة، وتزويدهم بالمعلومات الكافية لتمكينهم من التعايش الإيجابى مع طفلهم الأوتيزم. وتتفق تلك النتائج مع نتائج دراسة "اليزابيث سيتول" (Elizabeth & Stiwell 1990) والتى ركزت على تقديم برامج للحد من سوء معاملة الطفل، وتقديم العون للأسرة فى مهمة تربية أطفالهم، وزيادة المعرفة الأبوية لسلوك الطفل. كذلك أتفقت نتائج الدراسة الحالية مع ما أشارت إليه دراسة "ويليام ولودمان" (William &

(Loadman 1995)، ودراسة "جـــون ليفيتـــال" (Joen & Leventtall 1996)، دراسة "عبد الرحمن الصويغ" 2003، ودراسة فاطمة عبد اللطيف مرسى 2000.

-أظهرت نتائج الدراسة أن ممارسة تكنيك النمذجة مع الوالدين قد أظهـــر تحسنا ملحوظاً فى تعديل اتجاهات الوالدين نحو الإساءة لطفلهم ويـــدعم ذلـــك دراسة "أميرة عبد العزيز أحمد إبراهيم" 2004، ودراســـة "ممـــدوح محمـــد دسوقى" 2007. وكذلك استخدام الأخصائيين لتكنيكات خدمة الجماعـــة مـــع جماعات الآباء فى مواجهة سوء معاملة أطفالهم حيث أشارت دراسة "محمـــد دسوقى حامد" 2001، ودراسة "أميرة عبد العزيز أحمد" 2004 على فاعليـــة تلك التكنيكات مثل المحاضرة، والمناقشة الجماعية، والنمذجـــة، والواجبـــات المنزلية فى مواجهة ظاهرة إساءة معاملة الأطفال من قبل آبائهم، وأن تغييـــر اتجاهات الآباء سوف يتبعه تغيير فى سلوكياتهم تجاه ابنائهم.

-وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك العديـــد مـــن المعوقـــات التـــى تواجـــه الأخصائيين الاجتماعيين فى مساعدة الأباء المسيئين لأطفالهم الأوتيزم منها قلة الموارد المتاحة، وصعوبة التعامل مع بعض الأطفال شديدى الإعاقـــة، وكثـــرة الأعباء الملقاة على عاتق الأخصائيين مما يتطلب تخفيف الأعباء عليـــه حتـــى يستطيع تأدية عمله على وجه أفضل. وهذا ما أكدته دراسة "محمد دسوقى حامد" 2001.

-أظهرت نتائج الدراسة وجود قصور واضح فى البـــرامج العلاجيـــة المتاحة للأخصائيين الاجتماعيين فى مساعدة الوالدين المـــسيئين لأطفـــالهم الأوتيزم، وهذا راجع لقلة الدراسات التى تناولت تلك الإعاقة من منظـــور الخدمة الاجتماعية، وبالتالى ضعف البرامج والأدوات المساعدة التى تقـــدم لهؤلاء الأطفال وآبائهم، وهذا ما أكدته دراسة "أمانى عبد المجيـــد حـــسن" 1998، ودراسة "مثال محمد محروس" 2006.

ثانيا: نتائج الدراسة الميدانية المستخلصة من استمارة استبيان الخاصة بالوالدين:

-أشارت نتائج الدراسة أنه كلما كبر حجم الأسرة كلما زادت احتمالات حدوث الإساءة للطفل، حيث أن زيادة حجم الأسرة يترتب عليها ضغوط نفسية واجتماعية ومادية للأسرة، بالإضافة إلى كثرة الاحتياجات والمتطلبات التي يحتاج إليها الأطفال، وارتباط ذلك بالمستوى الاقتصادى والاجتماعى لتلك الأسر، كما أن كبر حجم الأسرة قد يكون سبب فى تعرض الأطفال للإحباط والحرمان، وهذا ما أكدته نتائج دراسة "طلعت إبراهيم لطفى" 1993.

-وقد-أشارت نتائج الدراسة أن وجود الطفل فى أسرة غير مستقرة أو مفككة نتيجة وفاة الأب أو الأم أو الاثنين معاً أو الطلاق يؤدى إلى حرمان الطفل من الجو الأسرى الذى يشعر معه بالأمان والاستقرار وبالتالى ظهور عوامل مساعدة لحدوث الإساءة من أحد الأبوين أو ما يمثلها. وهذا أكدته دراسة "جرين" (Green 1991)، ودراسة "داليا محمد مؤمن" 1997 من أن الطفل الذى ينشأ فى أسرة لا يسودها الهدوء والاتزان النفسى وتضطرب فيها العلاقات بين الأب والأم يشعر معها الطفل بعدم التقبلى الاجتماعى والنبذ وينخفض تقديره لذاته، وكذلك دراسة "حسنين كامل" 2004.

-أظهرت نتائج الدراسة أن الإساءة الوالدية للطفل لا تقتصر على الطفل الأول، أو الثانى أو الثالث أو الأخير، فهى تنتشر بين الأطفال على اختلاف ترتيبهم دون مراعاة لاحتياجاتهم ومتطلباتهم. وهذا يدل على أن الطفل دائماً هو ضحية التفاعل السيئ بين الوالدين. وهذا ما أكدته دراسة "علاء الدين كفافى" 2004.

-أشارت نتائج الدراسة الحالية إلى أن انخفاض المستوى التعليمى للوالدين أحد عوامل الإساءة والذى بدوره يوضح نقص الجانب المعرفى

لديهم حول أهمية تربية الأبناء وكيفية التعامل معهم وأساليب التربية السوية للأبناء، وهذا ما أكدته دراسة "منال محمد محروس" 2005، ودراسة "السيد عبد العزيز الرفاعى" 1994،، ودراسة "سامية عليوة" 1996.

-أظهرت نتائج الدراسة أن انخفاض الدخل الشهرى وزيادة الاحتياجات والمتطلبات لأطفال الأوتيزم يمثل ضغطاً على الأسرة، مما يؤثر فى تغذية الأطفال ورعايتهم الصحية والاجتماعية، وبالتالى التوتر الدائم للأباء وزيادة احتمالات حدوث الإساءة لأطفالهم. وهذا ما أكدته دراسة "هناء إبراهيم أبو شهبه" 1990، ودراسة "توفيق عبد المنعم توفيق" 203، ودراسة "صالح بن عبد الله" 2000.

-كما أشارت الدراسة إلى أن العوامل المؤدية للإساءة الوالدية لطفل الأوتيزم تنتج عن الممارسات الخاطئة من قبل الوالدين مثل الشعور بالخجل لوجود طفل أوتيزم فى الأسرة، وكثرة المشاكل التى سببها، وهذا ما أكدته دراسة "منيرة بنت عبد الرحمن" 2001، ودراسة "فيولا البيلاوى" 2001، ودراسة "ممدوح محمد دسوقى" 2007، ودراسة "صالح حزين السيد" 1993.

-وأشارت نتائج الدراسة أن مشاعر الوالدين تجاه طفلهم الأوتيزم تتنوع إما بالتدليل الزائد عن الحد للطفل أو عقابه أو إهماله أوالتفرقة بين الطفل وأخوته، مثل دراسة "محمد حسيب الدفراوى وآخرون" 1992، ودراسة "مارى وآخرون" (Mary, et al 1994).

-كما أظهرت نتائج الدراسة أن رد فعل الأسرة تجاه إساءتهم لأطفالهم الأوتيزم تكون فى صورة رفض الاعتراف بالإساءة، والشعور بالألم والحزن وهذا ما أكدته دراسة "Muller" 1995، ودراسة "جريت" 1991 Green.

-كما أوضحت نتائج الدراسة أن من أهم أسباب الشعور بتأنيب الضمير لدى الوالدين تجاه إساءتهم لأطفالهم أن التاريخ النفسى لهؤلاء الأباء يشير

إلى خبرات من الحرمان أو القسوة أو الإســاءة الوالديــة ولــديهم أفكــار ومعتقدات خاطئة حول دورهم كأباء أو أمهــات وحــول كيفيــة تــرتيبهم لأطفالهم، وهذا ما أكدت عليه دراسة "ممدوح سلامة" 1994.

-أشارت نتائج الدراسة إلى أن من أهم مظاهر إساءة الأباء لأطفــالهم الأوتيزم الضرب والحبس والعقاب والمعاملة بجفاء والتقليل من قدرة أمام الآخرين وأمام اخوته كذلك إهمال نظافته الشخصية وعدم الاهتمام به، ومن الدراسات التى أشارت إلى تلك المظاهر، دراســة "الــسيد عبــد العزيــز الرفاعى" 1994، ودراسة "عزة كريم" 1993، ودراسة "عماد عبد الرازق، وعماد مخيمر" 1999، ودراسة "فاطمة عبد اللطيف مرسى" 2004.

كما أشارت نتائج الدراسة ايضاً أن من أهم مظاهر إساءة الأمهات لأطفالهم الأوتيزم سوء المعاملة الذى يؤدى إلى زيادة العنف والشعور بالاحباط لــدى الطفل مثل دراسة "عصام عبد التواب" 1996، وكذلك الإهمال والنبــذ مثــل دراسة "عبد الرقيب أحمد وعفاف محمد" 1994، وكذلك الإساءة البدنية مثــل دراسة "اكنوريد وآخرون" (Ecknoriede et al 1993)، ودراســة "مــارى وآخرون" (Mary et al, 1994)، ودراسة "تجلاء السيد على" 2001.

ثالثا: *النتائج الخاصة بدليل المقابلة للخبراء والمتخصصين*:

-أشارت نتائج الدراسة أن مظاهر الإساءة الوالدية لطفل الاوتيزم كمــا يراها المتخصصين تتمثل فى الإساءة الجسدية من ضرب الوالدين لطفلهــم كنوع من العقاب البدنى بالإضافة إلى الإهمال العاطفى، وأكدت على ذلــك دراسة "سامية عليوة" 1996، كما أشارت نتائج دراســة "مختــار حمــزة" 2001 أن أسلوب التنشئة الوالدية المتمثل فى الــرفض والقــسوة وإيــذاء الأطفال، ودراسة "عبد الوهاب كامل" 1991، أشارت إلى ان أكثر مظاهر الإساءة التى يتعرض لها طفل الاوتيزم تمثلت فى الضرب القاسى والإهانة اللفظية وسوء التغذية.

-كما أوضحت نتائج الدراسة أن من أهم العوامل المؤدية للاساءة الوالدية لطفل الاوتيزم تمثلت فى كبر حجم الأسرة والضغوط الواقعة على الأسرة، وانخفاض المستوى الاجتماعى والاقتصادى للأسرة، وكذلك العادات والأفكار الخاطئة، وهذه النتائج تتفق مع ما أشارت إليه نتائج دراسة "نادية ابراهيم عبد القادر" 1997، ودراسة "صالح حزين" 1993، ودراسة "محمد حسيب الدفراوى" 1992.

-وأشارت نتائج الدراسة أن من أهم الأساليب والتكنيكات اللازمة لتعديل السلوكيات الوالدية المسيئة لطفل الأوتيزم، تقديم نماذج للمعاملة السوية وكذلك المعاملة السيئة وتبصير الأباء والأمهات بالآثار الإيجابية والسلبية لكل منهم، وكذلك تدريب الوالدين على لعب الأدوار لتوضيح نوع الإساءة الواجب الحذر منها أثناء فى تعاملهم مع أطفالهم، وهذا يتفق مع ما أشارت إليه نتائج دراسة "أميرة عبد العزيز أحمد ابراهيم" 2004، ودراسة "سهام عبد الرحمن الصويغ" 2003، ودراسة "فاطمة عبد اللطيف مرسى" 2003، والتى أكدت على ضرورة توعية الوالدين على ممارسة أساليب المعاملة السوية للطفل والعلاج باللعب وتوجيه الوالدين بضرورة أساليب التنشئة الاجتماعية السوية.

-توصلت نتائج الدراسة لبعض الاقتراحات والتوصيات من قبل الخبراء والمتخصصين لمواجهة الإساءة الوالدية لطفل الاوتيزم وذلك بتبصير الوالدين بالأسباب المؤدية للإساءة وممارسة برامج تهدف لتخفيف حدة الضغوط التى تؤدى لسوء المعاملة، وهذا يتفق مع نتائج دراسة "جيبسون ويلوك" Gibson & Blok 1990 والتى أكدت على تقديم برامج إرشادية لتوعية القائمين على رعاية الأطفال، وكذلك نتائج دراسة "منال محمد محروس" 2005، والتى أكدت على أهمية استخدام البرامج الإرشادية مع الوالدين لزيادة الجوانب المعرفية وضرورة مشاركة الأطفال فى تلك البرامج بما يقلل من ممارستهم لبعض السلوكيات المضطربة التى تزيد من احتمالات تعرضهم للإساءة.

رابعا: تصور مقترح لاهم الخطوات الإجرائية التى يستخدمها الاخصائيين الاجتماعيين لمواجهة الإساءة الوالدية لطفل الاوتيزم :

المتغيـــر	رأى الأخصائيين	راى الخبراء والمتخصصين	الخطـــــوات الإجرائيــــــة
المهارات الـــــلازم توافرهــــا لــــــدى الأخصائيين الاجتماعيين	أكـــدوا على ذلك	اتفقـــوا على ذلك	-مهارة إنشاء وتكوين علاقة مهنية بمستوياتها الثلاث (التدعيمى، التصحيحى، التأثيرى) حتى يتمكن الأخصائى من التأثير فى أعضاء جماعة الأباء المسيئين. -مهارة الاتصال مع أعضاء جماعة البـاء فهـى تساعد الأخصائى على فهم ديناميات الجماعة وفهم شخصيات الأعضاء (الأباء) مما يساعده على بناء رأى مهنى سليم عن أعضاء الجماعة وسـلوكياتهم المسيئة. -مهارة حل المشكلات التى تواجـه الأعـضاء خلال الحياة فيستخدم الأخصائى هذه المهارة فـى تخفيف حدة المشكلات التى تمثل ضغوط مختلفـة على الأعضاء (جماعات الأباء) وذلك لمواجهـة مشكلة الإساءة. -مهارة المناقشة الجماعيـة وتـستخدم هـذه المهارة لتوضيح آثار الإساءة الـضارة علـى الطفل والمنافع التى تعود علـى الطفـل مـن المعاملة السوية وذلك باستخدام مهارة المناقشة الجماعية بأساليبها وطرقها المتنوعة. -مهارة التسجيل التى تساعده فى العمق وفهم شخصيات أعضاء الجماعة (الأباء المسيئين).
دور الأخصائيين الاجتماعيين مع الوالدين	أكـــدوا على ذلك	اتفقـــوا على ذلك	-مساعدة الوالدين أثناء وجودهم بالمؤسسة علـى التعاون والمشاركة فى برامج المؤسـسة المختلفـة التى تسبع احتياجاتهم ورغباتهم.

-اكتشاف القدرات والإمكانيات الكامنة لدى الوالدين التى تظهر أثناء تفاعلهم مع جماعة الباء المسيئين واستغلالها لتعديل السلوك المسئ وتدعيم السلوك المقبول -مساعدة الوالدين على مواجهة مشكلاتهم التى يتعرضوا لها لتخفيف حده الضغوط والصراعات المؤدية للإساءة لطفل الاوتيزم. -استخدام أسلوب الترويح للوالدين كأحد أساليب العلاج. -تدريب الوالدين على اتباع الأسلوب الديمقراطى والتعبير عن آرائهم ومشاعرهم بحرية فهذا يساهم بقدر كبير فى تبادل الخبرات والاستفادة منها خلال الحياة الجماعية.			
-توفير البرامج التى تشبع حاجات ورغبات الوالدين والطفل فى الوقت نفسه. -التركيز على البرامج والأنشطة ذات الطابع الترفيهى والترويحى للتخفيف من الجهد الذى يبذله الوالدين مع طفلهم بسبب إعاقة الاوتيزم وهذا يؤدى لمواجهة الإساءة الوالدية والتخفيف من حدتها. -توفير الخبرات المهنية الكافية والإمكانيات والموارد اللازمة للأخصائى الاجتماعى الممارس. -التعاون بين التخصصات المختلفة (فريق العمل) داخل المؤسسة التى تعمل فى مجال الاوتيزم. -مناسبة أهداف البرامج لقدرات الأعضاء (جماعات الأباء المسيئين).	اتفقوا على ذلك	أكدوا على ذلك	إعداد الأخصائيين الاجتماعيين للبرامج المختلفة

			-أن تصمم البرامج بأسلوب يتيح للأباء أعضاء الجماعة الفرصة لاكتساب المهارات المختلفة والتدريب على ممارستها
إشراك الأخصائيين الاجتماعيين الوالدين فى برامج المؤسسة	اكدوا على ذلك	اتفقوا على ذلك	-البرامج الاجتماعية: وهذه البرامج يستغلها الأخصائى فى التعرف على الاتجاهات الاجتماعية التى قد تعوض مجهوداته المبذولة فى التصدى لمشكلة الإساءة الوالدية- وتفيد هذه البرامج الأخصائى فى مساعدة الوالدين على التخلص من الاتجاهات السلبية لمدى الوالدين ويستخدمها الأخصائى أيضاً فى إيجاد الصلات الطيبة بين طفل الاوتيزم ووالديه مما يخفف من حدة الإساءة للطفل. -البرامج الثقافية: ويستخدمها الأخصائى لزيادة وعى الوالدين بأساليب التربية الحديثة وآثارها الفعالة على الطفل. -البرامج الترويحية: ويستغلها الأخصائى فى مساعدة الوالدين على استخراج الطاقات الزائدة لديهم وتزيد من شعور الوالدين بالرضا والراحة تجاه ما يقوم به الطفل. -البرامج الرياضية: يستخدمها الأخصائى مع الوالدين للتحسب من حدة الضغوط الملقاة على عاتق الوالدين وتفيد فى توثيق الصلة بين الوالدين والمؤسسة.
الاستراتيجيات التى يستخدمها الأخصائيين الاجتماعيين مع الوالدين	أكدوا على ذلك	أكدوا على ذلك	-التوجيه وذلك لمساعدة الاباء والأمهات والأطفال على استثمار ما لديهم من قدرات وطاقات تمكنهم من مواجهة مشكل الإساءة والاستفادة من العناصر الإيجابية من شخصياتهم.

			-استراتيجية تغيير السلوك من خـــلال تحديـــد السلوكيات غير السليمة وتحديد أساليب تعـــديل هذه السلوكيات مـــع التركيـــز علـــى تغييـــر السلوكيات السلبية التى يمارسها الوالـــدين مـــع طفل الاوتيزم. -يلتزم الأخصائى الاجتماعى أيضا باســتخدام إعادة البناء المعرفى وذلك لمـــساعدة الوالـــدين على تعديل الأفكار الخاطئة عن إعاقة الاوتيزم من جانب وطفل الاوتيزم من جانب آخر. -الإقناع: وذلك من خلال تغييـــر الاتجاهـــات والأفكار السلبية لدى الأباء والأمهـــات والتـــى ترتبط بإدراكهم للإساءة. -تدعيم الاتصال: وذلك مـــن خـــلال تحـــسين وتدعيم وتقوية العلاقات الأسرية بين الوالـــدين والطفل والمؤسسة ومساعدة الوالدين على فـــتح قنوات اتصال جديدة فى الطفل لتسهيل عمليات التعلم السوية للسلوك المقبول بقدر ما تسمح بـــه إمكانات الطفل وإعاقته.
تكنيكـــات يـــستخدمها الأخصائيين الاجتماعيين مع الوالدين	أكدوا على ذلك	اتفقوا علـــى ذلك	-تبصير الوالـــدين: بإســـاءة معاملـــة أطفـــال الاوتيزم- أسبابها- خـــصائص الأطفـــال فهـــم مشكلات الأسرة وطفل الاوتيزم معاً، الطـــرق والوسائل المستخدمة فى التعامـــل مـــع طفـــل الاوتيزم، وحاجات هؤلاء الأطفال. -الاستبصار: وذلك بتفهم الوالـــدين لحاجـــات الطفل، مشكلات النمو لـــدى طفـــل الاوتيـــزم، الإساءة ومخاطرها. -الإفراغ الوجدانى: مع الوالـــدين لمـــساعدتهم للتعبير عن مشاعرهم والمخـــاوف المرتبطـــة

			بالإساءة ومشاعرهم السلبية تجاه طفلهم وإعاقة الاوتيزم. -التوضيح: ويستخدم مع جماعات الأباء والأمهات لتوضيح أساليب التربية السوية، وحقوق الطفل، والإساءة والعنف مع الأطفال لتوضيح السلوكيات التى يترتب عليها عملية الإساءة. -تنمية الوعى: بخطورة استخدام العقاب والضرب والإهمال. -التحكم الذاتى: وذلك مع الوالدين لمساعدتهم على مواجهة المتغيرات والانفعالات المسببة للإساءة.
	أكدوا على ذلك	أتفقوا على ذلك	-الواجبات المنزلية: وتمثل التصرفات التى تطلب من الوالدين أن يقوموا بها وتكون هذه الواجبات معرفية أو سلوكية وذلك بأن يدخل الوالدين فى مواقف ثم يوجه إلى أن يتصرف نحوها بطريقة مغايرة لسلوكه السابق وممكن أن تكون معرفية كان يمارس بعض المهارات المرئية مثل الاستماع أو الإصغاء الجيد واستخدام عبارات متنوعة جيدة عن التفاعل مع الآخرين مع تدريب الآباء والأمهات على القيام ببعض المهام التى ترتبط بأساليب معاملة الأبناء مثل (المدح والثناء- تجنب العقاب- تعديل سلوكياتهم). -التكليف بمهام سلوكية: تدريب الوالدين على بعض المهام السلوكية البسيطة التى ترتبط بالتعامل مع بعض المواقف الخاصة بالأطفال وتكليفهم بتنفيذها تحت توجيه الأخصائى وتملك

			مهنة الخدمة الاجتماعية من التكنيكات الفعالة التى تساعد الأخصائى على تنفيذ مهمته ومن هذه التكنيكات. -لعب الدور: وهو يطلق على تمثيل الدور ويستخدم مع الوالدين، حيث يقوموا بتمثيل أدوار معينة توضح أنواع الإساءة والآثار المترتبة وطرق المعاملة السوية وذلك لإتاحة الفرصة للوالدين للتعبير عن مشاعرهم واحاسيسهم تجاه الدور الذى يقوم بتمثيله وملاحظة انطباعاته والكشف عن الاتجاهات السلبية والايجابية نحو المواقف الاجتماعية التى يمر بها داخل الأسرة مع طفل الاوتيزم وترتبط بالإساءة. -النمذجة: وذلك من خلال التعلم عن طريق الملاحظة لسلوك الآخرين من خلال عرض لبعض المواقف المصورة وفيها جانب إساءة لأطفال الاوتيزم وتأثيراتها على الطفل وعرض مواقف فيها إشارة بسلوك الوالدين وأساليب معاملة سوية وتأثيراتها على الوالدين.

توصيات الدراسة

من خلال عرض نتائج الدراسة وتحليلها وتفسيرها يستخلص الباحث بعض التوصيات الهامة منها:

1-إعادة صياغة المحتوى الأكاديمي المقدم للأخصائيين الاجتماعيين بحيث يحتوى على نظريات الممارسة الحديثة الخاصة بإعاقة الاوتيزم.

2-ضرورة أن تحتوى الدورات التدريبية على المحتوى المعرفي والتعليمي والمهاري واللازم لنجاح ممارسة الأخصائيين الاجتماعيين.

3-التركيز على العمل مع جماعات الأباء والأمهات للمساعدة في مواجهة الإساءة للأطفال.

4-ضرورة تعاون الوالدين مع الأخصائيين الاجتماعيين لإنجاح البرامج الخاصة بتوعية الوالدين تجاه إعاقة طفلهم، وتعديل أفكارهم الخاطئة نحوهم.

5-توفير الموارد المالية اللازمة لإتاحة الفرص للأخصائيين الاجتماعيين في مساعدة الأباء المسيئين لأطفالهم.

6-مراعاة التكامل والتعاون بين المؤسسات المختلفة والتي تتعامل مع أطفال الاوتيزم لإنجاح البرامج الموجهة للوالدين والأطفال معاً.

7-تدريب الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال الإعاقة بصفة عامة وإعاقة الاوتيزم بصفة خاصة.

8-الإصلاح التشريعي في مجال حماية الأطفال بصفة عامة والمعاقين منهم بصفة خاصة، حتى يساهم في مواجهة مشكلة إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم والوقاية منها، فالحفاظ على الأسرة أمراً هاماً، حيث تعد رعاية الأطفال في أسرهم أفضل الفرص للحصول على أفضل نمو ممكن.

9-إجراء المزيد من الدراسات في موضوع الإساءة الوالدية لأطفال الاوتيزم ودراسة المظاهر الأخرى التي لم يتطرق إليها الباحث.

بحوث مقترحة

طبقاً لحدود الدراسة، ومن منطلق ما توصلت إليه من نتائج، يقترح الباحث مجموعة من الدراسات والبحوث المستقبلية منها:

1-إجراء دراسة تستهدف تدريب الأخصائيين الاجتماعيين على كيفية مواجهة مشكلة إساءة معاملة أطفال الاوتيزم.

2-إجراء دراسة تستهدف الوقوف على المهارات التى يجب أن تتوافر لدى الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع أطفال الاوتيزم.

3-إجراء دراسة تستهدف استخدام تكنيكات خدمة الجماعة مع أباء وأمهات أطفال الاوتيزم.

مراجـــــع الدراســـة

أولاً : المراجع العربية :

1- احمد حنفى محمود:العمل الفريقى للخدمات الصحية بالمستشفيات دور متوقع للأخصائى الاجتماعى، المؤتمر العلمى الرابع، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، 1991م.

2- احمد محمد نصر:استخدام نموذج المساعدة فى تحقيق مشكلات أسر الأطفال المتخلفين، عقلياً، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة فرع الفيوم، 1997م.

3- اسماعيل ابراهيم محمد بدر:الوالدية الحنونة كما يـدركها الأبنـاء وعلاقتهـا بالـذكاء الانفعالى لديهم، (بحث منشور فى مجلة الإرشاد النفسى، كلية التربية، مركز الإرشاد النفسى جامعة عين شمس، العدد 15، القاهرة، 2000م).

4- اسماعيل مصطفى سالم:استخدام أساليب العلاج الأسرى فى مواجهة الاستجابات الوالدية لعاقة العقلية للطفل، مؤتمر الخدمة الاجتماعية ومشكلات المجتمع المعاصرة، المؤتمر العلمى العاشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1997م.

5- انوار ابراهيم احمد:أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالسلوك الانتمائى لدى الأطفال النوبيين، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، 2002م

6- ايمان فؤاد الكاشف:إعاقة العقلية بين إهمال والتوجيه، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة، 2001م.

7- ايمان محمد صبرى اسماعيل:إساءة معاملة الأطفال "دراسة استطلاعية عن الأطفال المتسولين، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 53، 2000م.

8- أمان محمود وسامية صابر:مركزية الذات ووجهة الضبط والحالة المزاجية لدى الأطفال المساء معاملتهم، (بحث منشور فى مجلة الطفولة العربية، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، العدد15، الكويت 2003م.

9- امانى محمد حسونة:تعميم برنامج لإكساب أطفال الرياض بعض المهارات الاجتماعية، دراسة تجريبية للدكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة 1995م.

10- اقبال ابراهيم مخلوف:الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، 1991م

11- اميرة طه بخش:**فعالية برنامج تدريبى لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعى مع خفض السلوك العدوانى لدى الأطفال التوحديين، (بحث منشور فى مجلة العلوم التربوية، كلية التربية، جامعة قطر، العدد1، 2002م).**

12- اميرة عبد العزيز احمد:**استخدام أسلوب النمذجة فى خدمة الجماعة واعادة تأهيل أمهات الأطفال المساء معاملتهم (مؤتمر طموحات الخدمة الاجتماعية وقضايا التحديث، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المؤتمر العلمى السابع عشر، المجلد 1، 2004م.**

13- السيد عبد العزيز الرفاعى:**إساءة معاملة الأطفال وعلاقتها ببعض المشكلات السلوكية رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، 1994م**

14- السيد عمر:**الوالدية والتربية السياسية للأبناء فى ضوء الرؤية الكونية الحضارية الإسلامية، مقارنة أولية فى التأسيس المفاهيمى، (بحث منشور فى ندوة نحو والديه من أجل مجتمع راشد، جامعة جنوب الوادى، مركز الدراسات المعرفية، كلية التربية بسوهاج، 2004م.**

15- الهامى عبد العزيز امام:**سيكولوجية الفئات الخاصة، دراسة فى حالة الذاتوية، ط 11، دار الكتب، القاهرة، 1999م.**

16- الحافظ أبى الفضل شهاب الدين أحمد بن على حجر العسقلانى:**فتح البارى بشرح صحيح البخارى، دار إحياء التراث العربى، ط3، ج 9، بيروت، 1985م.**

17- السعيد غازى محمد رزق، ربيع شعبان عبد العليم:**الالفة / العزلة لدى الأطفال المحرومين وغير المحرومين اسرياً، بحث منشور فى مجلة معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، العدد 5، القاهرة، 1996م.**

18- الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء:**الكتاب الاحصائى السنوى، القاهرة، 2007م.**

19- الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء:**الكتاب الاحصائى السنوى، (1993-1999م) القاهرة، يونيو 2000م.**

20- المنجد فى اللغة العربية والإعلام:**دار الشرق، ط 37، بيروت، 1998م.**

21- ايهاب رؤف ناشد:**إيذاء الأطفال وإساءة معاملتهم، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الطب، جامعة عين شمس، القاهرة، 1991م.**

22- اليونيسيف:**وضع الأطفال فى العالم: المقصون والمحجوبون، مكتب اليونيسيف الاقليمى للشرق الأوسط وشمال افريقيا،2006م.**

23- الجمعية النسائية بجامعة اسيوط للتنمية:منتدى التجمع المعنى بحقوق المعاق: رعاية المعاقين بين الشرائع السماوية، مركز خدمات المنظمات غير الحكومية، القاهرة، 2004م.

24- ايناس محمد فخرى:القبول/ الرفض الوالدى وعلاقته بالقلق لدى الأبناء فى المرحلة الإعدادية، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، 1998م.

25- بثينة حسنين عمارة:الأسس لتنشئة الأبناء، مكتبة لطفى للتصوير والطباعة، ط 2، القاهرة، 2005م.

26- بدر العيسى:سوْ معاملة الطفل الكويتى، طرق الوقاية والعلاج، المجل العربية للعلوم الإنسانية، العدد 66، جامعة الكويت، الكويت، 1999م.

27- بهجت عبد الغفار موسى:كيف تساعد طفلك التوحدى "الاوتيسك"، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد 47، 1990م.

28- توفيق عبد المنعم توفيق:العلاقة بين إساءة معاملة الطفل وبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية، مجلة الطفولة العربية، المجلد 4، العدد 5، الجمعية الكويتية للطفولة العربية، الكويت، 2003م.

29- ابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافى:معجم علم النفس والطب النفسى، ج 1، دار النهضة العربية، القاهرة، 1988م.

30- جبرين الجبرين:تشريعات حقوق الطفل بين الشريعة الإسلامية وبعض القوانين الوضعية، بحث مقدم للمؤتمر السادس للتوجيه الإسلامى للخدمة الاجتماعية، المعهد العالمى للفكر الإسلامى بالتعاون مع المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالإسكندرية، 2002م.

31- جمال مختار حمزة:مدى فاعلية برنامج فى تغير اتجاهاتهم نحو الابن المعاق عقلياً وفى تحسين توافقه، (رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، 1992م).

ــــ:سلوك الوالدين الايذائى للطفل وأثره على الأمن النفسى له، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 58، 2001م.

32- جمال محمد الخطيب واخرون:الرعاية الأسرية للطفل المعاق، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية، المنامة، المكتب التنفيذى لدول التعاون الخليجى، العدد 3، 1996.

33- جليل وديع شكور:كيف تصنعين مستقبلاً لطفلك، ط 2، عالم الكتب، بيروت، 1995م.

34- جوليان- روتر:علم النفس الإكلينيكى، ترجمة عطية هنا، مكتب اصول علم النفس

الحديث، دار الشروق، القاهرة، 1989م.

35- جلال الدين عبد الخالق:الملامح المعاصرة للموقف النظرة فى طريقة العمل مع الحالات الفردية، مطبعة سامى، الإسكندرية، 1998م.

36- جمال شكرى:فعالية العلاج المعرفى فى خدمة الفرد فى تعديل الاتجاهات الوالدية السالبة لمتعددى العاهات، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية، القاهرة، العدد 6، 1995م.

37- حسن مصطفى عبد المعطى:الاضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة، (الأسباب- التشخيص- العلاج)، دار القاهرة، القاهرة 2001م.

38- حسن مصطفى عبد المعطى:الأسرة ومشكلات الأبناء، دار السحاب للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة، 2004م.

39- حسين عبد المجيد احمد:الطفل دراسة فى علم الاجتماع النفسى، المكتب الجامعى الحديث، 1992م.

40- حنان اسماعيل راشد:سوء استغلا وإهمال الأطفال من منظور طبى واجتماعى، بحث منشور فى المؤتمر البينى-الثقافى- الصحى، كلية الطب، جامعة المنوفية، 1997م.

41- حسين فايد:إساءة وإهمال الطفل، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، 2006م.

42- حامد عبد السلام زهران:علم النفس الاجتماعى، عالم الكتب، القاهرة، 1984م

43- حسان محمد حسان:تربية الأمهات والآباء ضرورة لنجاح تربية الأبناء، مجلة التربية، اللجنة الوطنية القطرية للتربية والثقافة، العدد 94، 2000م.

44- حسين كامل:ممارسات والديه خاطئة فى تربية الطفل، بحث منشور فى ندورة "نحو والديه راشده من اجل مجتمع راشد، مركيز الدراسات المعرفية، كلية التربية، جامعة جنوب الوادى، فرع سوهاج، 2004م.

45- داليا عزت مؤمن:الإساءة البدنية للأطفال وعلاقتها بالتفاعلات الأسرية رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الاداب، جامعة عين شمس، القاهرة، 1997م.

46- ذياب البدانية:سوء معاملة الأطفال الضحية المنسية، ندوة علمية حول سؤ معاملة الأطفال واستغلالهم غير المشروع، الرياض، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، 2001.

47- رمضان محمد القذافى:سيكولوجية إعاقة، الدار العربية للكتاب، الجماهيرية العربية الليبية، 1988م.

48- روز مارى لامبر وديبى دانيلز:الإرشاد الاسرى للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة

"الأسس النظرية" ترجمة علاء الدين كفافى، دار قباء للطباعة والنشر، الجزء الأول، القاهر 2001م.

49- رجاء لطفى عبد الحكيم خليفة:إساءة معاملة الأطفال وعلاقتها ببعض الاضطراب النفسية لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربي جامعة المنيا، 2004م.

50- ذوقان عبيدان وأخرون:البحث العلمى، مفهومه- أدواته- أساليبه. ط 5، دار الف للطباعة والنشر والتوزيع، عمان- الأردن، 2004م.

51- زين العابدين درويش:علم النفس الاجتماعى، مركز النشر لجامعة القاهرة، مطاب زمزم، العاشر من رمضان، القاهرة، 1994م.

52- رمزية الغريب:التقويم والقياس فى المدارس الحديثة، دار النهضة الحديثة، القاهر 1985م.

53- زينب محمود شقير:نداء من الابن المعاق، سلسلة سيكولوجية الفئات الخاص والمعوقي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 2002م.

54- سلامة منصور عبد العال:فعالية العلاج المعرفى فى تحسين المعاملة الوالدية للأطفال المصابين بالاوتيزم، بحث منشور فى المؤتمر العلمى الثالث عشر كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 2000م.

55- سميرة عبد اللطيف السعد:برنامج متكامل لخدمة اعاقة التوحد فى الوطن العربى، المؤتمر السابع لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين، الشونج، القاهرة، 1998م.

سميحة كرم توفيق:مدخل الى العلاقات السرية، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، 1996م.

56- سوسن شاكل الجلبى:التوحد الطفولى، اسبابه- خصائصه-تشخيصه-علاجه، ط1، مؤسسة علاء الدين، دمشق-سوريال، 2005م.

57- سمير سع حامد خطاب:تباين أساليب التنشئة الوالدية وعلاقتها بسمات الشخصية، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 30، 1994م.

58- سامية عليوة:الإهمال والإيذاء الجسمانى بين مجموعة من الأطفال فى سن ما قبل المدرسة فى الإسكندرية، رسالة ماجستير غير منشورة، المعهد العالى للصحة العامة، الإسكندرية، 1996م.

59- سلوى عثمان الصديقى:التكنيك النظرى والتطبيقى فى طريقة العمل مع الأفراد، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، 2001م.

60- سهير عادل العطار:جرائم عنف الآباء ضد الأبناء (تحليل سوسيولوجى)، بحث منشور فى مؤتمر مركز دراسات الطفولة معاً من اجل مستقبل أفضل لابنائنا، معهد الدراسات العليا للطفولة، القاهرة، 2000.

ـــــ:تقلص التفاعل الاجتماعى فى الأسرة وأثره على تنشئة الطفل، مؤتمر طفل الغد وتنشئته، معهد الدراسات العليا للطفولة، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس القاهرة، 1998م.

61- سعيد عبد العال:استخدام العلاج الأسرى فى خدمة الفرد فى زيادة معدل التوافق الزواجى بين الزوجين فى الأسرة، بحث منشور فى مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد 7، القاهرة، 1999م.

62- سامية محمد:وقاية الأطفال من سؤ المعاملة، مؤتمر الجمعية المصرية لحل الصراعات الأسرية، 1997م.

63- شاهين عبد الستار رسلان:العلاقات العائلية فى أسر الأطفال المعاقين عقلياً، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا والبحوث التربوية، جامعة القاهرة، 2000م.

64- شهندة الباز:وضع مشاكل الطفلة فى مجال الأطفال فى ظروف صعبه، مجلة ثقافة الطفل، العدد 14، القاهرة، 1995م.

65- صالح ذياب الهندى:صورة الطفولة فى التربية الإسلامية، ط2، الاردن، دار الفكر للطباعة والنشر، 2000م.

66- صالح عبد الله:إساءة معاملة الاطفال، المؤتمر العلمى السنوى، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، 2000م.

67- صالح بن عبد الله أبو عبادة:إساءة معاملة الأطفال، المؤتمر العلمى السنوى لمعهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، 2000م.

68- صفاء عبد العظيم محمد:استخدام تكنيكى المناقشة الجماعية ولعب الدور فى خدمة الجماعة لزيادة الدافعية للتفوق لدى الطلاب، بحث منشور، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المؤتمر العلمى الرابع عشر، 2001م.

69- صالح بن حمد العساف:المدخل الى البحث فى العلوم السلوكية، مكتبة العبيكان، الرياض، 2003م.

70- صالح حزين السيد:إساءة معاملة الأطفال، "دراسة إكلينيكية"، مجلة دراسات نفسية، العدد4، رابطة الأخصائيين النفسيين، 1993م.

71- طلعت ابراهيم لطفى:**التنشئة الاجتماعية وسلوك العنف عند الأطفال. دراسة ميدانية لمجموعة من التلاميذ فى مرحلة التعليم الابتدائى بمدينة بنى سويف، كلية الاداب، جامعة القاهرة، 1993م.**

72- عادل عبد الله محمد:**الأطفال التوحديين، "دراسات تشخيصية وبرامجه ، دار الرشاد القاهرة، 2002م.**

73- عادل الاشول:**موسوعة التربية الخاص"، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، 1987م.**

ـــــ:**الإرشاد الأسرى والوالدية الفاعلة، بحث منشور فى المؤتمر الخامس للطفل المصرى رعاية الطفولة فى عقد حماية الطفل المصرى، مركز الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس، المجلد2، 1992م.**

74- عادل عبد الله محمد:**جداول الذكاء المصور للأطفال التوحديين وامكانية استخدامه مع الأطفال المتخلفين عقلياً، دار الرشاد، القاهرة، 2002م.**

ـــــ:**مقياس الطفل التوحدى، دار الرشاد، القاهرة، 2003م.**

75- عادل عازر:**حماية الأطفال المعرضين للخطر، بحث منشور بمجلة الطفولة والتنمية، المجلس القومى العربى للطفولة والتنمية، مجلد 3، العدد9، القاهرة، 2003م.**

76- عادل محمد جوهر:**العلاقة بين ممارسة نظرية الدور فى خدمة الفرد واثر ذلك على الأداء الاجتماعى لمتعاطى الحشيش، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1987م.**

77- عاطف مفتاح احمد:**العلاقة بين ممارسة نظرية الدور فى خدمة الفرد واثر ذلك على الأداء الاجتماعى لمتعاطى الحشيش، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1987م.**

78- عصام عبد التواب يوسف:**إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم وتأثير هذا على التحصيل الدراسى، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، 1966م.**

79- عماد عبد الرازق، عماد مخيمر:**خبرات الإساءة التى يتعرض لها الفرد فى مرحلة الطفولة وعلاقتها بخصائص الشخصية، "دراسة مقارنة بين الجانحين وغير الجانحين"، المؤتمر الدولى السادس، مركز الإرشاد النفسى، دار الفكر العربى، ط1، القاهرة، 1999م.**

80- علاء الدين كفافى:**الإرشاد والعلاج النفسى،دار الفكر العربى،ط1،القاهرة، 1999م.**

81- علاء الدين كفافى:**المفاهيم والممارسات الوالدية الخاطئة من المنظور النسقى، بحث**

منشور فى ندوة نحو والدية راشدة من أجل مجتمع راشد، كلية التربية، جامعة جنوب الوادى، فرع سوهاج، مركز الدراسات المعرفية، ج1، 2004م.

82- عثمان لبيب فراج:إعاقة التوحد، مشكلة التشخيص-والكشف المبكر، النشرة الدورية 6 لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، عدد 45، 1966م.

ـــــ:حوار مع أخوة وأخوات أطفال التوحد، النشرة الدورية9 لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، 2001م.

ـــــ:العوامل المسببة لاعاقة التوحد، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد 37، 2003م.

ـــــ:الإعاقة الذهنية فى مرحلة الطفولة، تعريفها-تصنيفها-تشخيصها-أسبابها، المجلس العربى للطفولة والتنمية، القاهرة، 2002م.

ـــــ:برنامج التدخل العلاجى والتأهيلى لأطفال التوحد، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، عدد68، 2001م.

83- عمر بن الخطاب خليل:الأساليب الفعالة فى علاج التوحد، بحث منشور فى مجلة معوقات الطفولة، مركز معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، عدد9، مايو 2001م.

84- على عبد الفتاح المخزنجى:قضية الإعاقة والمعوقين ورعايتهم، مشروع رعاية وحماية الأطفال متحدى الاعاقة، المجلس القومى للإعاقة والطفولة، القاهرة، 1999م.

85- عدلى السمرى:العنف فى أسرة، "تأديب مشروع أم انتهاك محظور. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2001م.

86- عزة كريم:السلوك الايذائى للوالدين والحماية القانونية للأبناء، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة، 1993م.

87- عمر اسماعيل على غريب:فاعلية البرنامج الإرشادى الوالدى للأطفال المساء معاملتهم على السلوك التكيفى لأطفالهم، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، 2002م.

88- على فالح هنداوى:التنشئة الوالدية والسلوك الاجتماعى للأبناء، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، 1991م.

89- عزت عبد الحميد:المساندة الاجتماعية وضغط العمل وعلاقة كل منهم برضا المعلم فى العمل، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق، 1996م.

90- على حسين زيدان وأخرون:نماذج ونظريات معاصرة فى الخدمة الاجتماعية،

الإكلينيكية، مكتبة التجارة والتعاون، القاهرة، 1997م.

91- عرفات زيدان خليل:العلاج الأسرى في خدمة الفرد وتحسين الأداء الاجتماعي لأسر الأحداث المنحرفي، بحث منشور في المؤتمر العلمي الخامس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية. جامعة حلوان، 2002.

92- عبد الرحمن عسيرى:الأنماط التقليدية والمستحدثة لسوء معاملة الطفل واستغلالهم غير المشروع، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، ط1، الرياض، 2001م.

ـــــ:علم النفس الأسرى وفقا للتصور الإسلامى والعلمى دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية، 1995م.

93- عبد الرحمن سيد سليمان:نمو الإنسان فى الطفولة والمراهقة، "الأسس- النظريات- المراحل- المشكلات، جـ1، مكتبة زهراء الشرق، 2000م.

94- عبد الرحمن صوفى عثمان:المعوقات التى تواجه ممارسة الاخصائى الاجتماعى لدوره فى الممارسة والتخطيط لمواجهتها، المؤتمر العلمى التاسع، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1996م.

95- عبد الرحمن الصويغ:الإساءة إلى الأطفال وإهمالهم، مجلة الطفولة والتنمية، المجلس العربى للطفولة والتنمية، المجلد 3، العدد19، القاهرة، 2003م.

96- عبد الله محمد عبد المحسن الفوزان:مشكلات المعوقين وأسرهم، دار الزهراء للنشر والتوزيع، ط1، الرياض، 2000م.

97- عبد الحليم محمود السيد:الأسرة وإبداع الأبناء، دار المعارف، القاهرة، 1980م.

98- عبد العزيز موسى:الإيذاء والخبرة الصادمة لدى الأطفال، مركز سيتى للإعاقة، القاهرة، 1996م.

99- عبد العزيز فهمى النوحى:الممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية وعملية حل المشكلة ضمن طار نسقى ايكولوجى، ط2، دار الأقصى للطباعة، القاهرة، 2001م.

100- عبد المحسن فهد السيف:أدوار ومهام الأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى، دراسية ميدانية بالمستشفيات الحكومية بمدينة الرياض المملكة العربية السعودية، بحث منشور فى مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد7، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 199م.

101- عبد الباسط حسن:أصول البحث الاجتماعى، مكتبة وهبة، القاهرة، 1980م.

102- عبد الرقيب أحمد وأخرون:سوء معاملة الطفل وعلاقته بالاضطرابات المدرسية

والسلوكية، "دراسة تشخيصية علاجية" المؤتمر العلمى الثانى بمعهد الدراسات العليا للطفولة، أطفال فى خطر، القاهرة، 1994م.

103- عبد الوهاب كامل:إساءة معاملة وإهمال الأطفال، دراسة ايدومترية على عينة مصرية، المؤتمر السنوى الرابع للطفل المصرى معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، 1991م.

104- عبد المطلب امين القريطى:سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربى، ط1، القاهرة، 1996م.

105- عبد المجيد منصور وأخرون:علم نفس الطفولة، الأسس النفسية والاجتماعية والهدى الاسلامى، دار الفكر العربى، القاهرة، 2003م.

106- عبد السلام عبد الغفار وأخرون:إساءة معاملة الطفل فى المجتمع المصرى، ندوة بالتعاون مع مركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، أكاديمية البحث العلمى، القاهرة، 1998م.

107- عبد الناصر أحمد عوض:العلاقة بين ممارسة العلاج الأسرى مع الطلاب المضطربين سلوكياً لتنمية قدراتهم الابتكارية، رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1989م.

108- عبد المقصود ابراهيم سعدان:العلاقة بين ممارسة العلاج الأسرى فى خدمة الفرد وتعديل الاتجاهات الوالدية السالبة نحو كف طفلهما، بحث منشور فى المؤتمر السابع، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، جـ1، 1993م.

109- فهد حمد المغلوث:مدى احتياج أولياء أمور الأطفال المعوقين الى برامج تدريب مجتمعية لتأهيل أطفالهم، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد 13، جـ2، 2002م.

110- فاتن توفيق ومحمد صالح:ردود الأفعال النفسية لذوى الطفل المعاق عقلياً، بحث منشور فى مجلة معوقات الطفولة، مركز معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، العدد 6، 1997م.

111- فائقة محمد بدر:القبول / الرفض الوالدى وعلاقته بمفهوم الذات واثره على التحصيل الدراسى لدى عينة من تلميذات المرحلة الابتدائية بمدينة جدة، مجلة رسالة الخليج العربى، مكتب التربية العربى لدول الخليج، العدد 81، 2001م.

112- فضيلة توفيق المراوى وأمال صالح حماد:التوحد، الإعاقة الغامضة، مؤسسة حسن على بن على، الدوحة، 1999م.

113- فيولا البيلاوى:الأطفال فى أزمات نماذج من استراتيجيات إرشاد الأزمات للأطفال بحث منشور فى مجلة الطفولة والتنمية، المجلس العربى للطفولة والتنمية، العدد1، القاهرة. 2001م.

114- كافية رمضان:التنشئة الأسرية وأثرها فى تكوين شخصية الطفل العربى، مجلة علم النفس العدد4، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1987م.

115- كمال الشناوى:إعاقة التوحد، "طبيعتها وخصائصها"، بحث منشور فى المؤتمر السنوى، كلية التربية، جامعة المنصورة، 2000م.

116- كمال دسوقى:ذخيرة علم النفس"، المجلد1، الدار الأولية للنشر والتوزيع، القاهرة 1988م.

117-كلير فهمى:رعاية الأبناء ضحايا العنف،مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2007م.

118- كرم محمد الجندى:لعب الأدوار كأحد أساليب التعبير التى يجب إضافتها لبرامج طريقة خدمة الجماعة، الكتاب السنوى الأول فى الخدمة الاجتماعية، مكتبة النهضة العربية، القاهرة، 1989م.

119- لطفى زكريا الشربينى:طفل خاص بين الإعاقات والمتلازمات، تعريف وتشخيص، ط1، دار الفكر العربى، 2004م.

120- لطفى زكريا الشربينى:الأوتيزم "التوحد" الأسباب والأعراض وأفاق العلاج، دار الثقافة العلمية، الإسكندرية، 2001م.

121- محمد سلامة غبارى:رعاية الفئات الخاصة فى محيط الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، 2003م.

122- محمد أحمد خطاب:سيكولوجية الطفل التوحدى، تعريفها- تصنيفها- أعراضها- تشخيصها- أسبابها- التدخل العلاجى، ط1، دار الثقافة، عمان، 2005م.

123- محمد ابراهيم عبد الحميد:الطفل الذاتوى- برامج تنموية لبعض المهارات، دار الفكر العربى، القاهرة، 2003م.

124- محمد قاسم عبد الله:الطفل التوحدى أو الذاتوى الانطواء حول الذات ومعالجته، اتجاهات حديثة، كلية التربية، جامعة حلب، دار الفكر، 2001م.

125- محمد شوقى عبد المنعم:فعالية رنامج ارشادى فردى لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوى للأطفال التوحدين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة طنطا، فرع كفر الشيخ، 2006م.

126- محمد نور بن عبد الحفيظ سويد:**منهج التربية النبوية للطفل، دار بن كثير، دمشق، 2006م.**

127-محمد نبيل عبد الحميد وأسماء عبد المنعم ابراهيم:**الإساءة الوالدية كما يدركها الطفل وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية،بحث منشور فى المؤتمر السنوى الأول للبحوث الاجتماعية،المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية،المجلد1، 1999م.**

128- محمد عبد الرحيم عدس:**بناء الثقة وتنمية القدرات فى تربية الطفل، دار الفكر العربى للطباعة والنشر والتوزيع، الاردن، 1998م.**

129- مجموعة من الكتاب:**(ترجمة أحمد رمو): إساءة معاملة الأطفال، مكتبة الأسد، دمشق، 1997.**

130- محمد حسيب الدفراوى:**نموذج لبرنامج تأهيلى لطفلة منطوية على ذاتها، محاضرة فى مركز سيتى كاريتاس مصر، القاهرة، 1991م.**

131- محمد شمس الدين:**العمل مع الجماعات فى محيط الخدمة الاجتماعية مؤسسات يوم المستشفيات، القاهرة، 1971م.**

132-محمد محروس الشناوى:**نظريات الإرشاد والعلاج النفسى،دار غريب،القاهرة، 1994م**

133-محمد على كامل:**من هم ذوى الاويتزم، مكتبة النهضة المصرية، ط1، 1998م.**

134-محمد عاطف غيث:**قاموس علم الاجتماع، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، 1979م.**

135-محمد دسوقى حامد:**تطبيق تكنيكات خدمة الجماعة مع جماعات الآباء ومواجهة سوء معاملة أعضائها، المؤتمر العلمى الرابع عشر، جـ1، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 2001.**

136-محمد سيد فهمى:**السلوك الاجتماعى للمعاقين، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1995م.**

137-محمد مصطفى شاهين:**دراسة لمشكلات أسر الأطفال التوحديين، وتصور مقترح من منظور خدمة الفرد لمواجهتها، رسالة غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 2002م.**

138-ممدوح محمد دسوقى:**فعالية برنامج للإرشاد السرى فى خدمة الفرد فى تخفيف إساءة المعاملة الوالدية للأطفال المتأخرين دراسياً، بحث منشور فى مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد 23، 2007م.**

ـــــ:**العلاقة بين ممارسة خدمة الفرد الجماعية وزيادة دافعية الإنجاز لدى التلاميذ**

منخفضى التحصيل الدراسى، (مؤتمر طموحات الخدمة الاجتماعية وقضايا التحديث، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المؤتمر العلمى السابع عشر، المجلد1، 2004).

139-ممدوحة محمد سلامة:**الإساءة للأطفال وعواقبها، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد20، القاهرة، 1991م.**

140-ممدوحة محمد سلامة:**الإرشاد النفسى منظور انمائى، ط2، مطبعة الجامعة، الزقازيق 1990م.**

141-منال محمد محروس:**العلاقة بين ممارسة طريقة العمل مع الجماعات وتعديل السلوك اللاتوافقى للأطفال المساء إليهم، المؤتمر العلمى الثامن عشر، كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان، المجلد2، 2005م.**

142-منال محمد محروس:**ممارسة أسلوب المناقشة الجماعية فى خدمة الجماعة وتنمية المسئولية الاجتماعية لدى جماعة الفتيات المحرومات من الأم، مؤتمر ضمان الجودة والاعتماد فى تعليم الخدمة الاجتماعية فى مصر والوطن العربى، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد4، المؤتمر العلمى التاسع عشر، 2006م.**

143-محمد الجوهرى وعبد الله الخريجى:**طرق البحث الاجتماعى، دار الكتاب للتوزيع، ط3، 1982م**

144-مجدى عبد الكريم جيلب:**مقياس أراء الأبناء فى معاملة الوالدين، كلية التربية، جامعة طنطا، 1995م.**

145-مشيرة اليوسفى:**ضغوط الحياة الموجبة والسالبة وضغوط عمل المعلم، بحث منشور، مجلة البحث فى التربية، كلية التربية، جامعة المنيا، المجلد 3، العدد 4، 1990م.**

146-محمود السيد أبو النيل:**علم النفس الاجتماعى، دراسات مصرية وعالمية، الجهاز المركزى للكتب الجامعية والمدرسية، ط 2، القاهرة، 1987م.**

147-منيرة بنت عبد الرحمن أل سعود:**إيذاء الطفل، أنواعه- أسبابه- خصائص المتعرضين له، مركز الدراسات والبحوث، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2005م.**

148-ماهر أبو المعاطى على:**الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى ورعاية المعاقين، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعى، جامعة حلوان، القاهرة، 2000م.**

ـــــ:الخدمة الاجتماعية فى مجال الفئات الخاصة، سلسلة مجالات وطرق الخدمة الاجتماعية، مكتبة زهراء الشرق، ط 1، القاهرة، 2004م.

149-محمود اسماعيل عمار:تعليم بلا عقاب "الثواب والعقاب فى التربية"، دار عالم الكتب، الرياض، 1999م.
150-محمود عبد الرازق احمد:أسس البحث العلمى، دار البيان، الإمارات، 2003م.
151-محمد شفيق غبريال:الموسوعة العربية الميسرة، 1965م.
152-منظمة الصحة العالمية:التقرير العلمى حول العنف والصحة، المكتب الاقليمى لشرق المتوسط، القاهرة، 2002م.
153-مجمع اللغة العربية:"المعجم الوجيز" طبعه خاصة بوزارة التربية والتعليم، القاهرة، 1993م.
154-معتز سيد عبد الله وعبد اللطيف محمد خليفة:علم النفس الاجتماعى، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001م.
155-منير البعلبكى:قاموس المورد (انجليزى/ عربى)، دار العلم للملايين، لبنان، 1997م.
156-منير البعلبكى:قاموس المورد، دار العلم للملايين، لبنان، 1994م.
157-نادية ابراهيم أبو السعود:الطفل التوحدى فى الأسرة، المكتب العلمى للكمبيوتر للنشر، الإسكندرية، 2000م.
158-نادية ابراهيم أبو السعود:الاضطراب التوحدى لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، 1997م.
159-ناجى عبد العظيم عثمان:فاعلية برنامج إرشادى فى خفض السلوك العدوانى لدى الأطفال، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق، 1988م.
160-ناهد عباس حلمى:نحو مدخل الممارسة المجال الأسرى على استخدام مهارات حل المشكلة فى خدمة الفرد، بحث منشور مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية. العدد 8، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 2000م.
161-نجلاء يوسف قنديل:نموذج مقترح للممارسة العامة فى الخدمة الاجتماعية فى المساعدة للتغلب على مشكلات مرضى الدرن، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 2003م.
162-نبيل محمد صادق:استخدام طريقة تنظيم المجتمع فى تنشيط دور المجالس المحلية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1980.
163-نجلاء السيد على:دراسة العلاقة بين مظاهر إساءة معاملة الأطفال والتأخر الدراسى

لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، 2001م.

164-هشام محمد ابراهيم مخيمر:خبرات الإساءة فى مرحلة الطفولة وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من تلاميذ المرحلة المتوسطة بمكة المكرمة، بحث منشور فى مجلة دراسات تربوية واجتماعية، كلية التربية جامعة حلوان، المجلد 10، العدد 4، القاهرة، 2004م.

165-هدى محمد قناوى:الطفل- تنشئته- حاجاته، ط 1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1993م.

166-هدى محمود الكاشف:قضايا معاصرة فى تربية الطفولة المبكرة، ط 1، دار الفكر العربى، القاهرة، 2005م.

167-هناء ابراهيم أبو شهبه:الاتجاهات الوالدية نحو تربية الطفل تربية إسلامية كما يدركها الأبناء الذكور، بحث منشور فى المؤتمر الدولى للطفولة فى الإسلام، جامعة الأزهر، القاهرة، 1990م.

168-وفيق صفوت مختار:الأسرة وأساليب تربية الطفل، دار القلم والثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، 2004م.

169-وائل ثروت حسن الزغل:إساءة معاملة الطف المعاق ذهنياً من الدرجة البسيطة وعلاقتها ببعض المشكلات النفسية، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، 2004م.

170-وفاء الشامى:أسباب التوحد، ط1، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر، الرياض- السعودية، 2004م.

171-يوسف عبد الصبورعبد اللاه:أساليب المعاملة السوية للأبناء وكيفية تحقيقها فى ضوء التغيرات الثقافية والاجتماعية،بحث منشور فى ندوة نحو والدية راشدة من اجل مجتمع أرشد،جامعة جنوب الوادى،كلية التربية بسوهاج،مركز الدراسات المعرفية،2004م

ثانياً : المراجع الإنجليزية

172-Avchard, David:children "Rights and child hood" (Badmin, Routledge, Taylor & Francis Group, 2nd Ed, 2004.
173-Arnon Benton:child Abuse and Neglect, Medicine international, U.S.A, 1991.
174-Armando, Morales & Bradford W. dheafor :social work Aprofession of Manyfaces (Lonon: Allyand Bacon, Inc., 1994).
Alan Dearling :The social welfare Book, (London: Longman Group, 1993)
175-Bosch, G. Uber primaren :Autism in kindersalter Unpublished lecture, 1953 cited by G. Bosch in Infantile Autism Berlin, Spriger, 1970.
176-Brown, L. Nietupski, L. & Nietupski, s.:The criterion of Ultimate functioning and public school services for severely Handicapped Students in M.A. Thomas (ed): He, Don't forgot about Me education's Investment in the severelky profoundly and multiple Handicapped, 2-12 Reston, VA: council for exceptional children, 1976.
177-Barley, A. & Rutter, N. :Assessing and intervening in the communication environment, British journal of learning Disabilities, Vol. (26), 1998.
178-Barker, R.:The social work Dictionary washington, DC, National Association of social workers press, 1991.
179-Brisset shiryle:Child Abouse and Neglect, Direct practice Encyclopedia of social work, 19th Edition, vol. (1), washington: N.A.SW: press, National Association of social workers 1995.
180-Barnett, olaw & Et. al.:family voilence Across the life span (california, SAGE publication, Inc, 1997).
181-Bowen, N.:family theory, in clinigal prative Jasom Aronson inc, New Jersy, 1994.
182-Barnett, o. et. Al.:Family violence Across the life span: An introduction, california, sage publications, inc, second Edition, 2005.
183-Cohen, Et al :Agreement In Diagnosis: Clinical Assessment and Behovior Rating scoles for Pervasively Disturbed children, Journal of the American Academy of child psychiatry, 17, 1987.
184-Cooke, Pamela & Standen, P. J:Abuse and Disabled children Hidden Needs (journal of child Abuse Review, Vol, (11), No (1),) 2002.
185-Carpenturi & morgan :Adaptive and intellectud functioning isn autistic and no autistic retarded children, Journal of Autism and Developmental Disorders, vol. (26), No (6), 1996.
186-Cambell, N, Et Al:Diagnostic and Assessment Issues Related to

pharmacology therapy for children and Adolescents. 1991.
187-Carole Bulkey A. Et al :opace American professional society on the Abuse of children, sago publication thousand oaks, 1996.
188-Corby, Brian: :Child Abuse "towards A knowledge base (bu,kingham, open University press, 2nd ed,) 2000.
189-Calheiros, Manuela; Benedicta-Monteiro, Maria:social-Ecological contexts of children Maltreatment and Neglect phsicologia: Revista-da-Associacao-portuguesa-psicologia, vol. (15), 2007.
190-Combs. T.P. & slabby, D.A.:Asocial skiill training with children. In B. lahey & Akazdin (Eds), vol. (1) New York, plenum press, 1997.
191-Clive R. Hollin:contemporary psychology: An introduction Taylor & francis London, 1995.
192-Charles Zastrow:Introduction to social work and social welfare (canda thomosn/Brooks/cole) 2004.
193-Delong, G.R. & Dwyer, J. T:correlation of family History with specific Autistic subgroups, a sperger's syndrome and Bpolar Affective Disease, Journal of Autism and developmental Disorders, 1998.
194-Daro, Deborah:confronting child Abuse: Research for effective program design (N.Y. the free press-Adivision of Macmillan, inc.,) 2000.
195-Doyle, Terzah Hart:co-Morbidity of clincal symptoms In sexually Abuse adolescent familes with Deiagnosable P.T.S.D (UNIVERSITY OF Houston Dissertation, Abstract, 1997.
196-Davied wolf, Et Al:Early Intervention for parents At Risj of child Abuse and neglect, apreliminary Investigation, Journal of consling, vol (56). No. (1) 1988.
197-Evrinomy Avdi Etal:Parent's construction of the problem during assessment and diagnosis of their child for an autistic spectrum disorder, (Journal of health psychology, vol 5, No, 2.)
198-Elklit Ask & Brink, Ole :Acute stress disorder in physical assault Victims visiting A danish Emergency ward (Journal of Violence and Victims, Vol (18), No, (4)), 2003.
199-Elder, J.H:In-Home communication intervention training for parents of multiply Handicapped children, scholarly inquiry for nursing practice, G, (1), 1995.
200-Elizabeth stiwel, Et al:Afamily focus approach to child abuse prevention (Journal primary prevention, vol (10), No. (4), 1990.
201-Frances tustun:Autistic statesin children "Revised Edition" owtledge, 1992.

202-Factor, Et. al:stress, social support and respicte care use in families with autistic children, Brief report, Journal of autism and developmental Disorders, Mar. 1990.
203-Francis J. turner :Social work treament, (London, Macmillan press, 1986.
204-Griffin, Christine and others :parents construction of professional knowledge, Expertise and Authority During Assessment and diagnosis of their child for on Autistic spectrum disorder, (British Journal of Medical psychology, vol (13) No. (3), sep. 2000.
204-Gillson, Et al:Autism and social behavior Bethesda M.S., Autism society of America 2000.
205-Ganzalea L. :social skills training to increase social interactions between children with autism and their typical peer, Journal focus on autism and other developmental disabilities, vol. (12), No (1), 1997.
206-Garbarino J, Gultmanne, sseely HW. :the psychologically battered child jossey-bass, san francisco, 1986.
207-Gill Gorell Barnes :family therapy changing times (London: Macmillon press, L.T.d), 1998.
208-Gerald corey:theory and practice of group counseling 3rd, california brooks, colpublishing co, 1990.
209-Gohn, sanders Et. al:family stress adjustment As percieved by parents of children with autism or down syndrom, imptication for intervention (journal article: children family behauior therapy, vol. (19), No. (4), 1997.
210-Green, A. :psychopathology of abused children (journal amr, Acod, child-pcych, 1991).
211-Gibson, G. & Block :child Abuse Atine for new averness, jakla, state medical association vol. (84), No. (4) 1990.
212-Herbert, Martin:typical and atypical development "form conception lo adolescence" (Malden, ABPS, Black well book) 2003.
213-Hygh Morgan,:Adults with autism a guide to theory and practice, (London, combridge University press) 1996.
214-Hermeline, B & O,conner, N, :psychological pergamon press Inc., New York, 1970.
215-Harold, L. & Benjamin, S.:synopsis of psychiatry behavioral sciences, clinical psychiatry, 8th (ed), S.A.: library of congress, 1998.
216-Howline, p.:children with autism and asperger syndrome:a guide for practitioners and careers, New York, weinheim, john wiley and sons, 1998.

217-Herbert Martin:typical and atypical development "from conception to adolescence" (Malden, A.B.P.S Blackwell book, 2003.

218-Hampton Robert J :famity vilence, U.S.A lilbrary of congress cotoging in publicotion data, 1993.

219-Hugo reading:Dictionary of social sciences, (London, Routledgs, Kegan poul, 1978.

220-Isaer, D. Iv. & kogan, V.E.:Autistic syndromes in children and adolescents A.C.T.A. paedopsychiatrica, 1974.

221-Ian wilkinson:child and family Assessment, clincal Guidelines for practitioners (London: Routhedge, 1998.

222-Jim, Decker Et al :successful physical activity programming for student with autism, (Journal citation: focus on autism and others development disabilities, vol (15), No (3), 2000

223-Jingtgen J.N. & coulter, :sk auditory control of operant behavior in mute autistic children perceptual and motor skills 1967.

224-John. Muncie. Et al :vnderstanding the family (London: sage pulication L.T.d. 1999.

225-Jarlath R. Bens:working more creatively with Group, London M. Tuwstock publications M. 1982.

226-Kay, P. & kolvin, I :childhood psychosis and their border lands, British Medical bulletin, 1987.

227-Kimder, Milling Et al. :social support competence and depression in mothers of abuse children (American journal of orthopsychiatry, vol. (66), No. (3), 1996.

228-Keer, mia A. & Et al.:failure to thrive, maltreatment and the behaviour and development of 6-year- old childran from low-income, urban families: Acumulative Risk model (Journal of child Abuse and neglect, elsevier scimce publishing vol. (24), No. (5), 2000.

229-Kimberly schrech :It can done an exmple of a behavioral individualized education program(IEP)for a child with autism (Journal article: Behavioral In terventions vol. (15), No. (4), 2000.

230Leuis, vicky :Development and disability, (Malden, Black well publishing, 2nd Ed.,), 2003.

231-Lovass, I. O: koegel, R. & schreibman, L. :stimulus overselectivity in autism, areview of research, psychological bulletin, 86, 1979.

232-Louis adrein:Autism du jeune enfant development psycholog ique et regulation selactivite paris, expan scientifique francaise, 1996

233-Long Man :Active study dictionary of England U.K. (1) long man

group limited, 1986.

234-Louis C. johnson stephen J. yanca:social work practice, ageneralist approach (London: Allyn and Bacon), 2001.

235-Lawrence:the skills of helping individual and group library of congress, U.S.A., 1984.

236-Leblanc,. :A. & Nlatson, J.L: asocial skills training program for preschoolers with developmental delavs: generalization and social validit behavior modification, vol (19), No. (2), Apr. 1995.

237-Marian sigman and lisa copps:children with autism development perspective (N.I: Harvard University press) 1997.

238-Macmillan, Harriet L. :child maltreatment: what we know in the year 2000 (canadian journal of psychiatry, canadian psychiatric assn, V. (45), No. (8), 2000.

239-Massey, mkarilyns :Early childhood violence prevence prevention (Eric) clearing house on elementary and early childhood education, champaign, 1998.

240-Mccubbi H, figleye, :stress and family stress and the family with catastrophe normanative, N. Y. Branner mozel vol. (1), 1983.

241-Miller. Perrin, cindy l. & perrin d. :child maltreatment: an introduction (california, S.A.G.E. publications , inc., 1991.

242-Mackner, l. & Et. Al. :the cumulative effect of neglect and failure to thrive on cognitive functioning (journal of child abuse and neglect vol. (21), No. (7), 1997.

243-Minner, joels & crouch, julie L.:child physical abuse "theory and resarech" in: prevention treatment (California, SAGE publication Inc., Issues in children's and families lives vol. (1), 1999.

244-Murno, A.:manthei. B.and small J. :counsellung the skills of problem solving roitledge London, 1989.

245-Mary Ann suppes carolyn cressy wells:the social work Experience, an introduction to social work and social welfare (U.S.A: mcgrawhill companies, 3rd edition), 2000.

246-National council for childhood and miotherhood:national report on follow-up to the world summit for children (Cairo, january, 2001).

247-Nelson. R, W. and Israel, A.C, :Behaviour disorders of childhood prentice, hall inc, second edition, 1991.

248-Nagy, J. & szatmari, P.A. :A chart review of schizotypal personality disorders in children, journal of autism and developmental disorders, 1986.

250-National center on child abuse and neglect (N.C.C.A.N):child maltreat ment washington, DC, report from the states to the national center on child abuse and neglect, 1995.

251-Neile thompson (consul tant edition), jo compling:Understanding social work preparing for practice, London macmilan press, 2000.

252-Ornita, E. M & ritvo, ER. :Perceptual inconstancy in early infantile autism, Archives of General psychiatry, 1968.

253-Paticia, Howlin:autism preparing paradulth-hood (N.Y.: Routledge,), 1997.

254-Perior, M.R. & Gajzago :Early signs of autism medical journal of australia, (aug.) 1974.

255-Perz, cynthia M. & widom, cathy spatz:childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes (Journal of child abuse and neglect. Vol (18), No. (8), 1994.

256-Brandon, marian:situations of violence, abuse and neglect, in: London, bruce & elsegood, john: working with childreen in grief and loss (London, bailliere tindall, 1996.

257-Pham, Katherine:the relationship among child abuse poten, marital satisfaction and domestic violence: Using child abuse potential to predict, vol. (25), 1999.

258-Phili zimbardo, Et al. :psyhology A. european text, harper, collins, London, 1995.

259-Rosquist, pattir. R & krugman, richard D:child abuse and neglect in: wallace, heln M. & et al: health and welfare for families in the 21st century, (Massachusetts, Jons and bartlett publishers), 2000.

260-Ropoza, kimberly A :the united states, in Malley morrison kathleen: International perspectives on family violence and abuse: acognitive ecological approach (New jersey. Lawrence erlbaum associates, publishers), 2004.

261-Rita Jordana and studart powell :understanding and teachin. gchildren with autism, (England: johnwiley and sonslted), 1995.

262-Rutter M. & Garmezy, N. :Developmental psychology, in E. M Hetherington(ed),handbook of child psychology,(4),New York, wiley, 1983.

263-Rutter, M:infantile autism: concepts characteristic and treatment London Churchill living stone, 1971.

264-Rita Jordan:autistic spectrum disordess, an introduction handbook for practitioners, (London: ifulton publishers), 1999.

265-Rodbill. J., :Ahistory of child abuse and infanticide in Ray. Helfer

krmpeceds the battered child, 2nd, university of chicago. press, 1974.

266-Rossman, B. Robbie & Et al:children and interparental violence: the impact of exposure (phildelphia, taylor & Francis group), 2000.

267-Rosenthal, perihan A. & Rosen thal, studart :suicidal Behavior by preschool children (American journal of psychiatry, vol. (141),P.399, 1989.

268-Rodng w. napier, mattik. Gers hen feld:groups theory and experience, fifth edition, N, haughtan miffin company, 1993.

269-Ralph linton:status and role by coser and rosenber (eds) in socilolgy thory, (London: macmillan press), 1970.

270-Sobesy, Dick:exceptionality education, and maltreatment, (journal of exceptionality, (journal of ecceptionality, vol. (10) No. (1)) 2002.

271-Sueatal D. Mes :Understanding abnormal behavior, houghton mifflin company boston, N. Jersy 4th ed, 1994.

272-Schopler, LS:convergence of learning disability higher-level autism, and development disorders, 1985.

273-Simpsom & Regan:management of autistic behavior, austin tx, pro-ed, 1986.

274-Skuse, Dovid:Emotional abuse and neglect, child abusethird edition, dmj puellishinf group, 1997.

275-Stevenson, olive:Neglocited children: Issues and dilemmas oxford, blockweel science L. Td., 1998.

276-Suewalrond :Family thearapy, the tratment of natural systems (London: The trinity press, 1981.

277-Scottw. Henggeler charles M. borduin:family therapy and bevond (california: wads worth, Inc. 1990).

278-Sandra harris :parents as teacher. A four to seven years follow up of parents of children with autism (journal citation : child and family behavior thearypy vol. (8), No. (4), 1986.

279-Tantam, D.:life long eccentricitv and social isolation: asperger's syndrome or schizoid personality disorder?, British, journal of psychiatry 1988.

280-Terry mizrahi & Larry E. Davis:child abuse and neglect overview, Encyclopedia of social work, 20th edition, vol. (1), washington na sw press, 2008.

281-Tower, cynthid crosson:understanding child abuse and neglect (Massachuseis, Allyn and Bacon, 2nd Ed., 1993.

282-Tamos zirpoli:child abuse and child with handicaps remedial and special education, 1981.

283-Teodore, D.:the Effective organization of parenting: adaptive and maladaptive processes, psychological Bulletin, 1991.

284-Toseland. S.:problem methods for Education the handicapped on individual, alland bacon inc London, 1980.

285-Unicef:children in six deistricts of upper Egypt : A situation analysis, (Cair, Egypt country office, Sahara printing company), 2004.

286-Werry, J.S:the childhood psychoses, in H.c. Quay & J.S werry (Eds), psychopathological disorders of childhood, (2nd ,ed) New York, wiley, 1979.

287-Wing, L.:Autistic children, guide for parents and professionals, New York, burner, niazel pub, 1972.

288-Wing L:the relationship between asoerger's syndrome and kanner's autism, in U. firth, (Ed), autism and asperger's syndrome Cambridge University press, 1992.

289-Wolff, P.H. & chick:a controlled schizoid peronalitv in childhood: follow-up study psychological medicine, 1980.

290-Wolff, P. H & barlow:schizoid personlitv in childhood: A compartive study of schizoid autistic and normal children, journal of child psychology and psychiatry, 1979.

291-Wells, Susan J. :child abuse and neglect overview encyelopedia of social work 19ch, Edetion, vol. (1), washington: NASW press national association of social workers, 1995.

292-Wharton, Robert H. & Et al.:long term medical consequences of physical abuse, in: reece Robert M:-treatment of child Abuse: common ground for mental health medical and l. egol practitioners baltimore, johns hophins University press, 2000.

293-Willims, Mr. Wishort, J. :the san-Rise program intervention for autism, an investigation into family experiences (bibblogriphic citationL: d. intall ectdisabilres, (journal of intellectual disability research), 2003.

294-William E, Et. Al. :child abuse prevention implementaion and evaluation consideration for the special professional (ournal of maladjustment and the ropeutic education, vol. (4) No. (1) 1995.

295-Zonallli, K. & degett, J. :the effects of reinforcemtn rate on the spontaneous, social initiationsl of socially with drown preshoolers, 1998.

المحتويات



ISBN 977-43-8345-5



المكتب الجامعى الحديث

مساكن سوتير- أمام سيراميكا كليوباترا

عمارة (5) مدخل 2 الأزاريطة - الإسكندرية

تليفاكس : 00203/4865277 - تليفون : 00203/4818707

E-Mail : modernoffice25@yahoo.com

design by : Rehab